GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

ANNÉE 1884

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris

ANNÉE 1884

GAZETTE MÉDICALE

DE PARIS

CINQUANTE-CINQUIÈME ANNÉE — SEPTIÈME SÉRIE — TOME I[er]

DIRECTEUR, RÉDACTEUR EN CHEF

Docteur F. DE RANSE

PARIS

Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.

55e année. 7e série. Tome Ier. N° 1 5 JANVIER 1884

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;
Membres : MM. les Drs **J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN**;
Secrétaire : M. le Dr **E. RICKLIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.**

CLINIQUE CHIRURGICALE

PRONOSTIC ET TRAITEMENT DU CANCER DU SEIN. — Leçon de M. Ch. MONOD, suppléant de M. le professeur TRÉLAT, recueillie à l'hôpital Necker par le docteur DESNOS, ancien interne des hôpitaux, et revue par le professeur.

Messieurs,

Je mets sous vos yeux aujourd'hui les pièces d'une tumeur du sein dont j'ai pratiqué l'ablation il y a quelques jours. Vous avez vu tout à l'heure la malade dont je vais vous rappeler sommairement l'histoire. C'est une femme âgée de soixante-trois ans, pâle, maigre, dont l'apparence cependant n'a rien de cachectique. Elle est entrée dans nos salles portant une tumeur peu étendue, mais dont un rapide examen révélait toute la gravité. On voyait une production relativement peu saillante, assez bien circonscrite, ayant amené une déformation considérable du sein et présentant enfin une ulcération bourgeonnante. Le palper permettait de limiter une masse dure, peu mobile sur les parties profondes, faisant corps avec la peau au niveau de l'ulcération ; un peu plus loin, il suffisait de pincer les téguments pour produire par plissement l'aspect de peau d'orange caractéristique. En explorant l'aisselle, on rencontrait plusieurs ganglions gros et douloureux; un autre existait sous la clavicule. Le développement avait été relativement rapide ; c'est il y a quinze mois seulement que la malade avait remarqué, au niveau du sein droit, une grosseur du volume d'une noix.

En groupant tous ces caractères objectifs et en considérant à la fois la rapidité de la marche et l'âge avancé de la malade, on voit que le diagnostic « carcinome » s'imposait. Si l'on jugeait l'intervention possible, il fallait s'y décider à bref délai ; mais on pouvait hésiter en raison du fait suivant : sur le segment inférieur de la mamelle existait une petite tumeur qui paraissait cutanée ; or, quand je trouve de ces nodosités développées dans l'épaisseur même de la peau, je renonce à opérer, car fatalement alors la tumeur récidive dans la cicatrice. Mais en examinant attentivement cette petite bosselure, on reconnaissait que la peau ne faisait pas véritablement corps avec elle, qu'elle était seulement soulevée et non envahie par le néoplasme. Les pièces que vous avez devant les yeux montrent qu'il en était réellement ainsi.

J'ai donc résolu d'opérer ; les choses n'ont pas été des plus simples. Décidé à enlever toutes les parties malades, j'ai dû sacrifier la peau sur une notable étendue et vider complète-

FEUILLETON

NOTIONS SUR LES SUBSTANCES EXPLOSIVES D'INVENTION MODERNE ET SUR LES BLESSURES QU'ELLES PRODUISENT. (Extraits d'une conférence faite à la Société française de secours aux blessés le 23 mai 1883 par le docteur S. Pozzi, membre du Conseil.)

Suite. — Voir les numéros 45, 46, 47 et 49.

DYNAMITE. — C'est vers 1866-67 que M. Nobel fabriqua pour la première fois le produit auquel il imposa ce nom. Il eût l'idée, pour rendre la nitro-glycérine plus maniable, de la faire absorber par une matière poreuse quelconque, silices (1), cendres de bogbead, ou quelquefois même par une substance active telle que la poudre ordinaire. On peut, en somme, faire autant de *dynamites* qu'il y a de substances capables d'absorber la nitro-glycérine.

Les dynamites jouissent des mêmes propriétés que la nitro-glycérine, mais à un moindre degré ; elles ont aussi quelques-unes de ses inconvénients. La nitro-glycérine, par exemple, se laisse déplacer par l'eau ; si donc les dynamites sont soumises à ce contact, l'huile explosive abandonnera la silice et sera alors susceptible de faire explosion. Les acides agissent aussi sur cette huile et par conséquent sur les dynamites. Ils amènent leur décomposition et sont capables de produire ainsi la détonation. On voit par là que la conservation de ces corps nouveaux demande des précautions, et qu'il faut avoir soin de s'adresser toujours à de bons produits. Au-dessous d'une température de + 8 degrés centigrades, la dynamite, comme la nitro-glycérine, se congèle en se dilatant.

Cette congélation de la dynamite est un des phénomènes les plus dangereux. En effet, pour l'utiliser, il faut dégeler au moins la cartouche amorce. Trop souvent les ouvriers la coupent au couteau ou bien approchent la cartouche gelée de la flamme ou des cendres brûlantes. La dynamite passant alors brusquement de l'état solide à l'état liquide, il se fait à ce moment précis une élévation

(1) La silice pulvérulente et très pure qui sert à fabriquer une des meilleures dynamites est la randianite (Kieselguhr), formée de débris microscopiques de diatomées.

ment l'aisselle, pénétrant jusque sous la clavicule pour atteindre le ganglion situé en ce point. La réunion par première intention n'a pas été tentée à cause de l'étendue du délabrement. Une fièvre assez vive et des saignements répétés se sont montrés les premiers jours; aujourd'hui, au neuvième jour de l'opération, la plaie est en bon état et la malade paraît devoir guérir.

Ce fait, vous le voyez, n'a rien de particulièrement remarquable; il est de ceux que l'on rencontre journellement en clinique. J'ai cru cependant pouvoir saisir cette occasion de vous présenter sur le pronostic et le traitement du cancer du sein quelques considérations qui ne seront pas, vous le verrez, sans intérêt.

Quel est l'avenir réservé à cette malade? Dans quelle mesure pouvons-nous espérer la voir guérir d'abord de son opération, échapper ensuite aux dangers d'une récidive malheureusement trop fréquente? Pour répondre à cette double question, je me servirai de documents importants et nombreux, tout récemment recueillis sur ce sujet à l'étranger.

C'est particulièrement en Allemagne, à la suite de discussions soulevées en 1877 et 1878 à la Société allemande de chirurgie, sur le pronostic et le traitement du cancer, que de divers côtés on se mit à rassembler, dans les grand services de clinique, des séries nombreuses d'observations. De l'étude comparée de ces faits, on cherchait à tirer des conclusions, basées sur des chiffres précis, concernant l'étiologie, la marche, le pronostic et le traitement du cancer en général. Le cancer du sein, par sa fréquence, par les facilités d'observation qu'il présente, par l'intervention radicale à laquelle il se prête, devait plus que tout autre offrir à ces recherches de statistique un terrain favorable. Aussi est-ce de ce côté surtout que s'est porté l'effort des observateurs.

Le premier en date de ces travaux, celui de Winiwarter, paru en 1878, qui servit de modèle à tous les autres, contient l'analyse de 173 cas de cancer du sein, recueillis à la clinique de Billroth de 1868 à 1875. Vinrent ensuite les mémoires de Oldekop (clinique d'Esmarch, 250 cas, de 1850 à 1876), de Sprengel (clinique de Volkmann, 131 cas, de 1874 à 1878); les thèses de Kaeser (clinique de Socin à Bâle) et de Henry (de Breslau 196 cas). Je citerai encore l'article plus ancien de Volkmann inséré dans ses *Contributions à la chirurgie*, qui a été utilisé par les auteurs que je viens de vous nommer, et le travail récent de Billroth sur les maladies du sein en général, qu'il a fait paraître dans la *Deutsche Chirurgie*. Cette année même enfin, au douzième congrès de la Société allemande de chirurgie (Berlin, avril 1883), la question a été de nouveau agitée à propos d'une communication du docteur Küster, reposant sur 132 cas de cancers du sein opérés par lui.

C'est en utilisant les données contenues dans ces divers travaux, et en les rapprochant de celles qui ont actuellement cours en France, que je chercherai à établir devant vous la marche habituelle et le pronostic du cancer du sein, et à vous éclairer sur l'utilité et l'opportunité de l'intervention chirurgicale.

Les chiffres joueront nécessairement un grand rôle dans cette discussion. Je n'ignore pas tous les reproches que l'on peut adresser à ce mode d'argumentation; je sais que la statistique conduit souvent à des résultats entachés d'erreur. Quelles que soient cependant les imperfections de la méthode numérique, on s'accorde à reconnaître qu'elle est capable, lorsqu'elle s'applique à des chiffres considérables, de rendre de réels services. Les statistiques dont je vais me servir satisfont du moins à cette condition; en additionnant les faits réunis par Winiwarter, Oldekop, Sprengel, Henry et Küster, nous arrivons en effet à un total de 882 cas. J'ajoute que les déductions tirées par des observateurs différents de l'étude d'un pareil nombre de faits acquièrent nécessairement, lorsqu'elles concordent entre elles, une grande importance. Vous m'accorderez enfin que je ne pouvais passer à côté de documents pareils sans les signaler du moins à votre attention.

Sous bénéfice de ces remarques, j'entre immédiatement en matière.

Vous savez quelle est la marche habituelle du cancer du sein: nodosité ou tumeur, d'abord intra-mammaire, plus ou moins perdue dans l'épaisseur de la glande, qui devient ultérieurement adhérente à la peau, amène la tuméfaction des ganglions de l'aisselle, s'unit profondément aux muscles et à la paroi thoracique, s'ulcère enfin et finit par entraîner la mort par généralisation dans les différents viscères et par cachexie.

Il est intéressant, pour le chirurgien appelé à prendre une détermination et à la prendre en temps utile, de savoir dans quel ordre ces diverses phases de la maladie se succèdent, et

subite de température qui peut déterminer l'explosion. On conseille généralement aux ouvriers, pour procéder à cette opération de placer la cartouche dans la poche du pantalon pendant un quart d'heure; la chaleur du corps amène peu à peu et sans danger le dégel. Mais s'il se trouve dans la poche un corps métallique dont le choc contre la cartouche donne lieu à une brusque vibration, l'explosion peut en être le résultat. Peut-être est-ce ainsi que la chose s'est passée dans le cas de Métayer, relaté plus loin. D'autres fois le funeste choc est produit par un hourroir, une tarière, comme dans la catastrophe de Paulilles, sans doute.

La préparation des dynamites est dangereuse, car la nitro-glycérine est un poison violent. Absorbée par la peau, elle occasionne des nausées et des vomissements, et il est rare que les personnes qui la manipulent accidentellement n'éprouvent pas ces inconvénients. Chose curieuse, les ouvriers qui ont l'habitude de la manier y échappent ordinairement. Toutefois, il faut savoir qu'il est bon, dans ce genre de travail, de se couvrir les mains de gants de peau ou de caoutchouc.

Les gaz provenant de l'explosion de la dynamite sont beaucoup moins délétères que ceux dégagés par le fulmi-coton. Mais il faut pour cela que la dynamite détone; si elle fuse lentement, elle produit des gaz irrespirables. Cette question a une grande importance dans les mines.

En dépit de ces légers inconvénients, à cause de son prix minime et de la quantité énorme de travail produit, la dynamite a dans l'industrie remplacé aujourd'hui la poudre à canon.

Les dynamites se divisent en deux grandes categories: les dynamites à base inerte et les dynamites à base active. Ces dernières diffèrent des premières en ce que la nitro-glycérine est alliée à un excipient susceptible lui-même de détoner.

Les dynamites dont on fait le plus grand usage en France sont, dans l'industrie, les dynamites Nobel, et dans les services du département de la guerre, les dynamites réglementaires fabriquées à la poudrerie de Vonges.

Nobel est le premier qui ait fabriqué la dynamite. Du Hanovre ses usines se sont répandues à Krummel, à San-Francisco, enfin en France, où une première fabrique fut installée à Paulilles (Pyrénées-Orientales), en octobre 1870.

Les dynamites Nobel comprennent plusieurs types: la dynamite nº 1 est formée de 75 pour 100 de nitro-glycérine et de 25

s'il est possible d'assigner à leur apparition une date plus ou moins précise.

L'étude des statistiques fournit sur ce point des données intéressantes.

L'envahissement de la peau se produit tout d'abord, mais à une époque qui varie un peu suivant les cas. Sans entrer dans le détail des chiffres donnés par nos auteurs, je me contente de vous dire qu'il résulte de l'ensemble des faits analysés par eux que, jusqu'au septième ou neuvième mois, la peau reste habituellement intacte, tandis que vers le quatorzième elle est presque toujours déjà adhérente à la tumeur sous-jacente. Parfois quinze et seize mois se passent sans que ce phénomène se produise.

La tuméfaction des ganglions de l'aisselle apparaît en moyenne du onzième au quatorzième mois d'après Sprengel, et seulement du quinzième au seizième d'après Oldekop; elle serait plus tardive encore pour Winiwarter (18e mois). Il est probable que ces différences s'expliquent en partie par ce fait que la région de l'aisselle est, suivant les sujets, d'une exploration plus ou moins facile. Winiwarter fait du reste très justement remarquer qu'il faut distinguer les cancers à marche rapide où l'infection ganglionnaire est précoce et peut se produire dès le sixième ou le septième mois, et ceux à marche lente où elle se fait longtemps attendre.

En règle générale, on peut admettre que la tuméfaction des ganglions de l'aisselle survient en même temps que l'envahissement de la peau ou la suit de très près.

J'ai à peine besoin de vous faire remarquer l'importance pratique de cette notion. Toutes les fois que la peau sera prise, on soupçonnera qu'il y a dans l'aisselle des ganglions apparents ou cachés, et l'on devra apporter à leur recherche les soins les plus minutieux. Si leur existence est douteuse, on serait autorisé, en se basant sur le fait seul de l'altération de la peau, à prolonger l'incision jusqu'à l'aisselle, pour procéder à une exploration directe qui sera le plus souvent fructueuse.

On ne saurait trop insister du reste sur la fréquence absolue de l'engorgement ganglionnaire au cours du cancer du sein. Le fait est de connaissance vulgaire. Les chiffres suivants ne font que le confirmer d'une façon plus précise. Il est noté 143 fois sur 197 cas (72,5 0/0) dans le relevé d'Oldekop, 98 fois sur 124 (79 0/0) dans celui de Sprengel.

L'adhérence aux muscles et à la paroi thoracique ne vient qu'en troisième rang, par ordre de date, dans l'évolution du cancer du sein; du treizième au vingt-troisième mois (Oldekop), vers le dix-huitième (Sprengel), vers le vingt-troisième (Winiwarter). On se souviendra cependant que l'on peut trouver au cours de l'opération, derrière une tumeur parfaitement mobile, une altération commençante de l'aponévrose du grand pectoral, qui avait nécessairement échappé à l'exploration. Aussi quelques chirurgiens, suivant le conseil donné, je crois, pour la première fois par le professeur Verneuil, mettent-ils de parti pris le grand pectoral à nu dans toute ablation de carcinome vrai du sein, espérant de cette façon mieux se garder contre les récidives.

L'ulcération de la peau est le dernier terme de cette série d'accidents locaux; elle se produit du dix-huitième au vingtième mois pour Sprengel et Winiwarter, pouvant exceptionnellement tarder, d'après Oldekop, jusqu'au vingt-sixième.

En somme, et pour résumer d'un mot les indications qui précèdent, nous voyons que, vers la fin de la première année ou au commencement de la seconde, la peau est prise et les ganglions de l'aisselle tuméfiés; six mois plus tard, la tumeur devient adhérente au thorax, puis elle s'ulcère.

En d'autres termes, pour que l'opération soit faite en temps vraiment opportun, c'est-à-dire alors que le mal est absolument local, n'ayant en aucun point franchi les limites de la glande, il faut qu'elle soit pratiquée avant le neuvième mois. Plus tard, elle pourra évidemment être encore tentée, mais elle devra emporter non seulement la peau dans une étendue variable, et les ganglions de l'aisselle, mais aussi le plus souvent une partie plus ou moins profonde des tissus fibreux et musculaires de la paroi thoracique.

Plus tard encore, plus on s'éloignera de la fin de la seconde année de la maladie, plus l'intervention deviendra aléatoire. Le moment viendra bientôt où la généralisation du mal contre-indiquera absolument toute opération.

C'est en effet à la fin de la deuxième année ou au commencement de la troisième que les auteurs que nous avons cités s'accordent à placer la date de l'apparition des premières métastases viscérales.

(A suivre.)

---

pour 100 de silice. La dynamite n° 2 est formée d'un mélange d'une poudre binaire (salpêtre et charbon) et de nitro-glycérine; elle est employée dans les mines pour les roches de peu de densité. La dynamite n° 3 a une composition analogue; mais elle est moins forte : elle ne contient que 20 à 25 pour 100 de nitro-glycérine. Quant à la dynamite n° 0, c'est une dynamite à la cellulose appelée aussi « dynamite gomme » ou « dynamite au coton-poudre »; elle est formée de 90 pour 100 de nitro-glycérine et de 10 pour 100 de coton-poudre spécial. On incorpore de plus à ce produit 4 pour 100 de camphre, car on a trouvé récemment qu'une faible quantité, soit de benzine, de nitro-benzine ou de camphre, diminuait la sensibilité de la dynamite au choc et augmentait sa stabilité.

Les dynamites réglementaires préparées à Vonges ont aussi trois numéros contenant 75, 50 et 30 parties de nitro-glycérine pour 100.

Citons enfin la dynamite à la sciure de bois du siège de Paris, dont des quantités énormes avaient été fabriquées et ont dû être détruites après la guerre.

Toutes ces dynamites ont les mêmes propriétés; à l'air libre, elles fusent quand on approche d'elles un corps enflammé. En vase clos, elles détonent.

L'observation suivante est un exemple des terribles lésions produites par cet agent explosif (Rochard, *loc. cit.*, obs. communiquée par M. Bodet) :

« Le 23 septembre 1877, le nommé Charles Snort, âgé de trente-huit ans, employé aux mines de nickel d'Ubatche (Nouvelle-Calédonie), pêchait (1) au moyen de cartouches de dynamite. L'une de ces cartouches n'étant pas tombée à l'endroit où il la jetait, il la reprit pour la lancer de nouveau; mais avant qu'il en ait eu le temps, l'explosion se produisit et détermina une série de lésions pour lesquelles le blessé fut transporté à bord du *Curieux* pour y recevoir les soins du médecin de cet aviso.

« A son arrivée à bord, après un trajet de douze heures en pirogue, il se trouvait dans un état de stupeur très prononcée. Le

(1) L'ébranlement de l'eau causé par l'explosion tue en effet le poisson à une assez grande distance. On a proposé d'appliquer cet agent à la destruction du phylloxera. Toutefois cette vue théorique ne paraît pas avoir séduit les viticulteurs.

PATHOLOGIE MÉDICALE

Myélite chronique diffuse

(EXAMEN MICROSCOPIQUE DE LA MOELLE, DES DIVERSES PARTIES DE L'ENCÉPHALE, DES NERFS PÉRIPHÉRIQUES), par le docteur RAYMOND, agrégé, médecin de l'hospice des Incurables.

Les cas de myélite chronique diffuse, dans lesquels l'examen histologique a porté non seulement sur la moelle, mais encore sur les diverses parties de l'encéphale et des nerfs périphériques, ne sont pas très nombreux. Aussi croyons-nous devoir publier l'observation suivante à titre de document :

OBSERVATION. — Moulineau (François), âgé de 59 ans, entré à l'infirmerie, salle Saint-Jean-Baptiste, numéro 7, le 3 janvier 1882.

Aucun antécédent héréditaire. Seul enfant de la famille, il a joui d'une très bonne santé pendant toute sa jeunesse. Ayant terminé ses études classiques à 21 ans, il vint à Paris sous prétexte d'étudier le droit. En réalité, à partir de ce moment, il eut une vie des plus orageuses et se livra à toutes sortes d'excès.

A 24 ans, il eut, à la suite de fatigues génésiques, une sorte de congestion cérébrale (delirium tremens probable), qui le retint au lit pendant six semaines. Guéri de cette affection, et n'ayant plus rien de son patrimoine, il devint commis-voyageur. Les excès de tout genre continuèrent : excès alcooliques et excès sexuels; il coïta souvent debout, dit-il.

A 25 ans, il eut un chancre induré ; puis, quelques mois après, roséole et toutes les autres manifestations secondaires de la syphilis. Il ne se soigna que pendant six mois.

A 36 ans, il commença à éprouver de la faiblesse dans les membres inférieurs, faiblesse qui augmenta progressivement jusqu'à l'âge de 39 ans, époque à laquelle la marche devint complètement impossible.

Pendant l'évolution de la parésie, il ressentit dans les quatre membres des douleurs sourdes, non lancinantes, douleurs qui se développaient progressivement et duraient quatre à cinq heures.

Il est à remarquer que ces douleurs ont complètement disparu à 39 ans, c'est-à-dire trois ans après leur début.

Le malade avait aussi des douleurs en ceinture ; il lui semblait quelquefois que son thorax était serré dans un étau.

Enfin il entre à l'hospice des Incurables le 7 août 1862.

Depuis son entrée, la santé générale se maintint bonne ; mais la faiblesse dans les membres augmenta considérablement, et la marche devint bientôt impossible.

Le malade, depuis dix ans, a rendu plusieurs petits calculs à la suite de violentes coliques néphrétiques pour lesquelles il est entré quatre à cinq fois à l'infirmerie.

Depuis quatre semaines, un *hoquet* persistant jour et nuit l'empêche de garder ce qu'il prend ; du reste, ce phénomène s'est montré, il y a douze ans, sans cause déterminée.

ÉTAT ACTUEL. — Le malade est dans le décubitus dorsal ; il ne peut relever les membres inférieurs ; c'est à peine si quelques mouvements se produisent aux membres supérieurs. Amaigrissement général ; tous les muscles sont en général atrophiés, et cette atrophie est plus prononcée à l'avant-bras, à la main et au thorax. Ainsi les saillies des éminences thénar et hypothénar sont presque complètement disparues et la main offre l'aspect d'un véritable squelette.

Quand on soutient d'une main l'un des deux avant-bras, le malade ne peut relever le poignet ni étendre ou écarter les doigts. Le dynamomètre montre aussi une absence presque absolue de force dans les fléchisseurs de l'avant-bras.

A l'inspection du thorax, on note une diminution des pectoraux et des intercostaux, et les sterno-mastoïdiens sont obligés de prendre part aux moindres inspirations. Cependant tous les muscles, là où l'atrophie n'est pas complète, se contractent sous l'influence du courant faradique; l'application des électrodes provoque de grandes douleurs.

La sensibilité cutanée à la piqûre, au froid, à la chaleur, est intacte.

Absence du réflexe tendineux rotulien; pas de contractures. Jambe de polichinelle.

La vue, l'ouïe, l'odorat, le goût, le toucher, ne présentent aucun phénomène anormal.

La percussion et l'auscultation des poumons révèlent des signes manifestes de bronchite tuberculeuse avec de petites cavernes aux deux sommets des poumons. D'ailleurs, le malade tousse depuis longtemps, transpire la nuit et a un peu de diarrhée depuis quelques jours.

Cœur normal.

Le ventre est légèrement ballonné, et à la palpation, qui est douloureuse, on sent à travers la paroi abdominale une grande quantité de petites nodosités qui paraissent semées sur toute l'étendue du péritoine pariétal.

Les urines ne présentent aucune trace d'albumine ou de sucre. Pas d'incontinence.

Le malade a toujours le hoquet et vomit tout ce qu'il prend.

TRAITEMENT. — Toniques, aliments froids, eau de Seltz, glace.

4 janvier. — Le hoquet a diminué et le malade garde les aliments qu'il prend. Continuation du traitement.

---

facies pâle, le pouls petit, semblaient indiquer qu'il avait perdu une assez grande quantité de sang et, suivant le dire du malade, l'hémorrhagie avait été très abondante au moment de l'accident.

Voici l'énumération des lésions qu'il présentait :

Tête. — Plaie contuse partant de la commissure labiale droite et se prolongeant le long du sillon naso-labial jusqu'au-dessus de l'aile du nez. Toute l'épaisseur des téguments est intéressée et l'os maxillaire supérieur est fracturé comminutivement. Il existe aussi au-dessous du sourcil, du même côté, une plaie étoilée sans caractère de gravité.

Cou. — Large plaie contuse, commençant un peu au-dessous du cartilage thyroïde (sur la ligne médiane) et s'étendant jusqu'à l'angle du maxillaire inférieur (côté droit). Les téguments ont été violemment arrachés à la surface de cette plaie qui mesure environ 10 centimètres de longueur sur une largeur de 5 centimètres. Les bords en sont déchiquetés, décollés, et dans leurs anfractuosités on trouve des lambeaux de vêtements.

Tronc. — Le tronc est littéralement criblé d'une multitude de petites plaies profondes creusées en tunnel sous les téguments et occupant le plastron. En appliquant la main sur la poitrine, on sent comme une série de petits fragments osseux détachés qu'on fait rouler sous la peau. Quelques-unes de ces plaies pénètrent dans la cavité pleurale dont la percussion donne un son tympanique, tandis qu'à l'auscultation on n'entend absolument aucun bruit respiratoire.

Main droite. — Elle est entièrement enlevée ; le carpe est réduit en bouillie, une partie du premier métacarpien fracturé comminutivement est seule restée attachée au poignet. Les deux os de l'avant-bras sont fracturés comminutivement à leur partie inférieure. Toutes les parties molles de la main et du poignet sont arrachées. Quelques tendons pendent au bout de ce moignon informe.

Les bords des plaies ne présentent aucune trace de brûlure.

En présence de lésions aussi nombreuses et aussi graves, on aurait pu s'abstenir de toute intervention. Néanmoins et malgré l'état de stupeur dans lequel se trouvait le blessé, pour éviter une hémorrhagie secondaire qui eût été mortelle immédiatement, le chirurgien-major de l'aviso se décida à pratiquer l'amputation de l'avant-bras.

20 janvier. — Le hoquet est revenu; cependant il disparait quelquefois durant 24 à 48 heures, pour reparaître aussitôt. Le malade s'affaiblit, la diarrhée augmente et il se développe une petite eschare au sacrum.

2 février. — Le malade est très faible; c'est à peine s'il peut garder quelques cuillerées de lait.

Le hoquet persistant la nuit l'empêche de dormir; une sueur abondante couvre son corps et l'affaiblit davantage. Enfin il tombe dans un subdélirium à l'apparition duquel le hoquet et les vomissements cessent complètement, et le malade meurt le 13 à 1 heure du matin.

Autopsie. — Les poumons présentent les lésions de la bronchite chronique, et, aux deux sommets existent de nombreuses petites cavernes remplies, en partie, de matières purulentes.

Quelques adhérences pleurales au sommet du poumon gauche.

Quelques plaques athéromateuses sur les valvules mitrales et aortiques.

Sur toute l'étendue du péritoine existent de petites nodosités arrondies, blanchâtres, du volume d'une noisette à une lentille, dont la base est entourée d'un cercle rougeâtre plus ou moins marqué. On trouve de ces nodosités jusqu'au fond de tous les replis et ligaments péritonéaux qui ne sont nullement adhérents les uns aux autres. Pas d'épanchement péritonéal.

Le foie est un peu volumineux et graisseux à la coupe.

Les reins sont petits, légèrement granuleux.

A l'ouverture de la dure-mère, il s'écoule une petite quantité d'un liquide séreux, et la surface de l'encéphale, qui est anémiée, ne présente aucune lésion appréciable à l'œil nu.

Rien d'apparent, à la coupe, dans les noyaux cérébraux.

Sur la surface de la moelle épinière, on remarque quelques petites plaques de méningite, localisées surtout aux régions dorsales et lombaires.

(A suivre.)

REVUE CRITIQUE

Maladies des reins.

Depuis quelques années, les travaux sur les maladies des reins se sont multipliés dans une énorme proportion; on peut dire que cet intéressant sujet a été attaqué par toutes les faces; car, tandis que les anatomo-pathologistes reprenaient en sous-œuvre l'histologie des lésions, les cliniciens commençaient à utiliser les données nouvelles qui leur étaient fournies par les chimistes et par les physiologistes.

Une connaissance plus précise des conditions pathogéuíques de l'albuminurie, une anatomie pathologique plns complète, l'entrée dans la clinique des maladies des reins des symptômes fournis par les troubles de la nutrition, la différenciation des diverses albumines qne peut contenir l'urine, tels sont, d'une manière générale, les acquis récents de la science.

Chose digne de remarque, les travaux des derniers temps paraissent atteindre jnsque dans leurs fondements les doctrines dans lesquelles nous avons été élevés au snjet du mal de Bright, et cet édifice de construction tonte moderne s'écroule déjà dans bien des parties. Nous traversons une période de transition où l'on n'ose pas jeter encore complètement à bas ce qui existe, tant il serait difficile de bâtir une œnvre définitive. Et pourtant tous les matériaux sont là, prêts à être utilisés; il ne manque qu'un architecte pour les mettre en œuvre.

Le livre de Bartels, tel qne M. le professeur Lépine vient de le présenter au pnblic médical français (1), donne bien l'impression de cette époque de transition; c'est un onvrage d'actualité s'il en fut; il marquera d'une trace profonde dans l'histoire des maladies des reins.

En effet, ce livre se divise en deux parties: la première est la traduction fidèle du Traité de Bartels; la seconde, qui comprend près de 170 pages, est tont entière de M. Lépine qui, à côté du livre allemand, a vouln donner au lecteur un aperçu des horizons nouveaux qui se sont ouverts depuis la publication du clinicien de Kiel. D'un côté, c'est le présent, et le présent, en médecine, c'est déjà le passé; d'un autre côté, c'est une porte entr'ouverte sur l'avenir.

L'œuvre de Bartels est suffisamment connue pour qne je n'aie pas à en faire l'éloge; elle est devenue classique en Allemagne et elle forme, sans contredit, la partie la plus originale de l'Encyclopédie de Ziemssen; si elle est passible de certains reproches, ceux-ci tiennent moins à l'auteur qn'à l'époque où il a écrit son livre.

La séparation inflexible du rein blanc et du rein contracté, admise par Bartels avec l'Ecole anglaise, tend chaque jour à s'effacer; et les *formes mixtes* de la maladie de Bright éta-

(1) *Les maladies des reins*, par C. Bartels, traduit de l'allemand par le docteur Edelmann, avec préface et additions, par M. le professeur Lépine. Paris, Germer-Baillière et Cie, 1884.

Cette amputation avait l'avantage que je viens de citer au point de vue de la perte du sang; de plus, elle substituait une plaie franche et facile à guérir à la plaie hideuse qu'avait faite le broiement du poignet.

Le 26 au matin, c'est-à-dire trois jours après l'accident, le *Curieux* rentrant en rade de Nouméa, l'amputé fut dirigé sur l'hôpital à terre. Là on refit les pansements, on put extraire de la plaie de la face un morceau d'ongle et quelques esquilles qui n'appartenaient certainement pas au maxillaire supérieur. Tous les bords des plaies sont sphacélés au bras droit, les lambeaux sont tuméfiés et en partie gangrenés. L'état général est cependant encore bon, mais pendant la journée il s'aggrave notablement.

Le lendemain le sphacèle s'est étendu. Presque tout le moignon est envahi. Les plaies de la poitrine se sont considérablement élargies par suite de la mortification rapide des bords.

Le 29, à neuf heures du matin, le blessé succombe.

Autopsie pratiquée quinze heures après la mort.

Habitude extérieure. — Rigidité cadavérique très prononcée. Toutes les plaies sont gangrenées. Celles de la poitrine sont presque toutes rejointes par suite du sphacèle de leurs bords et ne forment guère plus qu'une plaie unique.

Cavité thoracique. — Le plastron étant relevé, on voit que les deux plaies pénètrent, comme l'avaient fait penser les signes stéthoscopiques. Les esquilles qu'on sentait sous les téguments sont des fragments des métacarpiens et des phalanges de la main droite. Car il n'existe pas de fracture du squelette thoracique. Le poumon du côté droit est violemment contusionné à sa partie antérieure, et de plus il est perforé. La cavité pleurale contient un peu de sang, la plèvre est hyperémiée.

Après avoir enlevé le poumon, on trouve implanté dans le corps d'une des vertèbres dorsales un fragment d'ongle de la main droite. Cet ongle ayant la forme d'un cornet avait dû traverser toute l'épaisseur de la cage thoracique.

(A suivre.)

Assistance a domicile. — Il sera procédé, le dimanche 27 janvier, dans une salle de la mairie du Panthéon, à l'élection d'un médecin du bureau de bienfaisance du Ve arrondissement de Paris. Le scrutin sera ouvert à midi et clos à quatre heures.

blissent entre les denx termes précités un terrain de transition qni emprunte déjà beaucoup sur l'ancien domaine des formes précédentes. Et cela est si vrai qne MM. Cornil et Ranvier ont pn écrire qne la différence des types anatomiques (rein blanc et rein contracté) tient surtont à l'intensité de la cause prodnctrice et des lésions qui en sont les conséquences. Weigert, Leyden, Senator sontiennent aujourd'hui la même thèse, qni nons ramènerait peu à peu aux formes de transitions décrites autrefois, si l'accord était parfait entre tous les auteurs. Mais tandis que Weigert et Senator ne font qne modifier l'idée *dualiste* anglaise et l'étendent en admettant la doctrine *pluraliste*, Leyden avec Bamberger redeviennent franchement *unicistes*.

Bartels ne nous apprendrait pas ces choses, si M. Lépine n'était venu les résumer dans son intéressant appendice avec sa clarté habituelle et les ressources que lui donne son immense érudition. Rien n'est plus complet sous le rapport de la bibliographie, et je ne connais pas d'ouvrage allemand qui, sous ce point de vue, puisse être comparé aux notes additionnelles de M. Lépine.

L'auteur allemand, contrairement aux habitudes de son pays, fait peu de bibliographie; mais son livre rachète cette lacune par des qualités d'observation personnelle qui ont parfois un caractère vraiment original.

Ainsi, toutes les fois qn'il parle de *thérapeutique*, on sent que Bartels donne les résultats de sa pratique et qu'il s'agit là de choses vues et expérimentées par nn clinicien habile. A propos, par exemple, de l'*hyperémie rénale passive*, il repousse l'emploi des diurétiques balsamiques et âcres, et recommande la digitale associée au citrate de potasse. Les drastiqnes, d'après lui, manquent d'ordinaire leur but : ils troublent la digestion du malade et empêchent l'assimilation; car, dans les selles séreuses obtenues par ce procédé, on trouve toujours des peptones, et sonvent en grande quantité. Ce qui vaut mieux, ce sont les sudorifiques et en particulier les bains d'air chaud, qui ont maintes fois donné des résultats inespérés.

Contrairement aux idées courantes, Bartels émet des doutes sur le *rôle étiologique* des préparations mercurielles dans la néphrite parenchymateuse chronique et de l'alcool dans la néphrite interstitielle ; dans sa pratique de vingt-cinq ans, il dit n'avoir rencontré que trois cas de rein contracté d'origine nettement alcoolique. Ces idées au sujet du rôle de l'alcool diffèrent tellement de celles qui sont professées en France, et elles sont émises d'une manière si absolue, qu'il serait bon d'ouvrir une nouvelle enquête clinique pour trancher le différend.

Ces exemples suffisent pour donner une idée de l'esprit qui a guidé Bartels dans la rédaction de son livre, c'est-à-dire la comparaison constante de ce qu'il a vu avec ce qn'il a appris. Rosenstein avait d'ailleurs procédé autrefois de la même manière, et tous deux avaient pris modèle sur l'œuvre fondamentale de Rayer.

Le plan de Bartels est d'une extrême simplicité ; le livre premier traite des symptômes généraux des maladies des reins, à savoir : les symptômes locaux objectifs et subjectifs ; les symptômes fonctionnels tirés de la quantité et de la qualité de l'urine, puis les symptômes secondaires, tels que l'hydropisie, l'urémie, les troubles de la nutrition générale.

Le chapitre III, qui a trait à ces symptômes secondaires, est l'un des meilleurs du livre ; trois notes capitales de M. Lépine y sont annexées. C'est d'abord le meilleur résumé qne je connaisse sur l'*hémoglobinurie*, envisagée non comme épisode de l'hémoglobinhémie, mais dans le cas exceptionnel où la dissolution des hématies se fait dans le rein, et dans le cas moins rare où elle amène dans cet organe des lésions secondaires. Puis c'est un résumé des expériences de Cohnheim et Lichtheim sur la *genèse des œdèmes*, qui vient heureusement compléter l'un des plns importants chapitres cliniques de Bartels, celui où il étudie l'hydropisie dans les maladies des reins. Enfin la troisième note complète le chapitre de l'*urémie*. Tous les troubles que l'on désigne sous ce nom ont pour cause commune l'insuffisance de l'urination; quant aux causes prochaines, c'est, ou bien l'encombrement des tissus par des matières excrémentitielles (urée, matières extractives), ou des œdèmes plus ou moins localisés dans le système nerveux, ou enfin la rétention dans le sang et les tissus de produits toxiques, tels que les sels de potasse (Feltz et Ritter) on les ptomaïnes, comme je crois l'avoir démontré dans une conférence clinique faite l'an dernier à l'hôpital de la Charité.

(A suivre.)

ALBERT ROBIN.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Pathologie du système nerveux.

I. ABAISSEMENT ÉNORME DE LA TEMPÉRATURE INTERNE CHEZ UN ALCOOLIQUE ; HÉMORRHAGIE DANS LA MOELLE ALLONGÉE, par M. LEMCKE (1). — II. CONTUSION DE LA MOELLE, SANS ALTÉRATIONS DU PARENCHYME SPINAL, par M. FISCHER (2). — III. TROIS CAS D'UNE AFFECTION DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL SIMULANT LE TABLEAU CLINIQUE DE LA SCLÉROSE EN PLAQUES CÉRÉBRO-SPINALE, SANS LÉSIONS A L'AUTOPSIE, par le professeur WESTPHAL (3). — IV. UN CAS DE DÉGÉNÉRESCENCE GRISE DES CENTRES NERVEUX CONSÉCUTIVE A L'ÉLONGATION DU NERF CAURAL, par le même (4).

I. — Un homme de trente-huit ans, adonné depuis longtemps aux hoissons alcooliques, se présente une première fois à la policlinique de l'hôpital de Rostock, dans un état voisin de la stupeur. Au dire de sa femme, il avait été pris trois jours auparavant de frissons et de points de côté; il avait eu de l'œdème des membres inférieurs et par moments il avait divagué. Son haleine répandait l'odeur de l'alcool. Quoique fortement abruti, le malade répondait sensément aux questions qu'on lui posait et exécutait avec ses membres, agités de tremblement, les mouvements qu'on lui commandait de faire. La peau du malade était chaude au toucher. Sa femme ne voulant pas le laisser à l'hôpital, le malade, qui jusque-là ne s'était point alité, retourna chez lui, s'enivra comme de coutume pendant les deux jours qui suivirent et dut se mettre au lit dans le courant du troisième jour, en état d'ébriété manifeste ; on trouva d'ailleurs une bouteille d'alcool sur son grabat. Au bout de deux autres jours, la femme se représentait à la clinique, annonçant que depuis le matin son mari ne l'avait

(1) DEUT. ARCHIV. FÜR KLIN. MED., t. XXXVI, fasc. 1, p. 84, 1883.
(2) DEUT. ZEITSCHRIFT FÜR CHIRURGIE, t. XIX, fasc. 1, p. 131, 1883.
(3) ARCHIV FÜR PSYCHIATRIE UND NERVENKRANK, t. XIV, fasc. 1, p. 87, et fasc. 3, p. 767, 1883.
(4) CHARITÉ-ANNALEN, 1883, p. 373.

point reconnne, ne ponvait plus parler ni avaler, qu'il râlait et qu'il avait l'écume à la bonche. On transporta le malade à l'hôpital sur une civière, enveloppé chaudement de couvertures. Un premier fait frappa le médecin qui examina le malade, c'est que celui-ci était froid comme un cadavre et que les contractions de son cœur étaient fortement ralenties (38), tandis que les mouvements respiratoires, un pen pénibles, avaient leur fréquence normale (18).

On mit le malade dans un bain dont l'eau fut maintenue à 35° et au sortir duquel il fut placé dans un lit bien chand. La *température rectale*, relevée à ce moment, *marquait 23°*. On eut soin de s'assurer que le thermomètre utilisé pour cette constatation donnait des indications parfaitement exactes; l'instrument avait été enfoncé dans le rectum d'nne longueur de 6 centimètres et laissé en place pendant quinze minutes.

Tous les moyens mis en œuvre pour relever la température, lavements de vin de Porto, injections sous-cutanées de camphre, applications de caloriqne, restèrent sans grand résultat. Le lendemain de l'entrée du malade à l'hôpital, sa température mesurée dans le rectum s'éleva snccessivement à 25°,5 et 26°; le surlendemain, à 27°5, 27°7, 28°. La fréquence des contractions cardiaques était de 32 à la minute; dans la soirée du second jonr, elle s'éleva à 40°. La respiration présentait les caractères connus sous le nom de « phénomène de Cheyne-Stockes ». Le malade succomba un peu avant minuit, sans avoir repris connaissance.

Le fait capital révélé par l'autopsie fut l'existence, dans la moitié gauche du bulbe, d'un foyer hémorrhagique récent, situé à 3 millimètres de la ligne médiane, à 1 millim. 1/2 au-dessous du plancher du quatrième ventricule, à 4 millimètres au-dessus de la partie moyenne de l'olive. L'étendue de ce foyer était de 1 à 1 millimètre 1/2. Il était placé un peu au-dessus et en dehors du noyau d'origine du nerf vague, un peu en dedans et au-dessous du noyau d'origine du nerf acoustique. On apercevait, un peu au-dessus de ce foyer et entre ses prolongements médians, quelques cellules du noyau du nerf vague, manifestement altérées dans leur structure.

Pour l'auteur, cette observation, intéressante à plus d'un titre, l'est tout particulièrement à deux points de vue : d'abord, parce que chez le malade qui en fait le sujet on a relevé la plus basse température qu'on ait notée jusqu'ici chez un homme en vie (23°). Pour M. Lemcke, cet abaissement colossal de la température interne ne saurait être attribué uniquement à l'action antithermique de l'alcool absorbé à doses toxiques; le phénomène serait imputable, en partie, à l'existence d'une lésion en foyer dans le voisinage de cette région des centres nerveux où les physiologistes placent les centres de la calorification.

En second lieu, ce fait présente comme intérêt exceptionnel de réaliser le second exemple d'hémorrhagie primitive dans la moelle allongée, avec une survie relativement longue; le premier exemple du même genre a été pnblié par M. Fabre, dans sa thèse inaugurale.

Il s'agissait en somme, d'après M. Lemcke, d'une *paralysie bulbaire apoplectiforme aiguë* avec désorganisation probable des centres de la calorification.

II. — Un ouvrier de vingt et un ans fut renversé le 2 février 1883 par plusieurs sacs très lourds qui lui étaient tombés sur le dos d'une certaine hauteur. Le patient resta sans connaissance pendant dix minutes. Lorsqu'il revint à lui, il ne pouvait remuer ni les bras ni les jambes. Il avait les extrémités refroidies; sa température rectale marquait 33°7. Pas de sugillations sur le dos; pas de signes d'une fracture; point de donleur à la pression des épines vertébrales. Par contre, on notait de l'anesthésie cutanée sur tonte la surface du corps, la tête, le con et le tiers supérieur des bras exceptés. En outre, les membres snpérieurs et inférieurs étaient frappés d'une paralysie motrice complète; les muscles dn cou, les intercostaux et le diaphragme ne fonctionnaient qu'incomplètement et il en résultait de la dyspnée. Les pupilles étaient normales, mais le malade avait des ponssées congestives vers la face qui était le siège d'une transpiration très active. Le pénis était en érection. Au repos, le malade n'éprouvait pas de souffrances. Il ne ponvait se maintenir dans le décnbitus latéral, pour cause de dyspnée et de douleur. On était obligé de le sonder.

Le 4 février, cinqnante heures après l'accident, le malade succomba aux progrès de la dyspnée. Quelqne temps avant la mort, le cœur ne battait plus que cinquante fois à la minnte.

A l'autopsie, on trouva une fracture de l'apophyse épineuse de la huitième vertèbre dorsale, mais point d'autres lésions osseuses. La surface externe de la dure-mère était parsemée, sur toute l'étendue du canal rachidien, de petites extravasations sanguines dont il ne restait plus de trace quand on eut passé l'éponge à leur niveau. En dehors d'hémorrhagies intraméningées circonscrites et d'une hyperémie de la pie-mère, on ne découvrit rien d'anormal, ni sur des pièces durcies ni sur des préparations fraîches de la moelle; pas de traces d'hémorrhagies et de foyers de ramollissement dans le parenchyme spinal. Le cerveau présentait également une structure intacte. Les poumons étaient d'un rouge foncé (hyperémie sans œdème).

Pour Fischer, il s'agit là d'un exemple de commotion mortelle de la moelle, sans lésions appréciables des centres nerveux, à ajouter à la liste des faits du même genre publiés par Boyer, Frank, Leyden, etc.

III. — Le professeur Westphal (de Berlin) rapporte les observations détaillées de deux malades qui, de leur vivant, avaient présenté un ensemble de symptômes offrant une grande ressemblance avec la sclérose en plaques cérébro-spinale.

Le premier de ces deux malades fut pris, à l'âge de 18 ans, d'nne parésie motrice des membres supérieurs et inférieurs; la marche devint pénible; le malade tombait souvent, surtout dans l'obscurité. Pendant trois semaines, il vit double. La sensibilité était émoussée à la plante des pieds; les membres inférieurs étaient le siège de tiraillements douloureux. Six ans après le début de la maladie, les facultés intellectuelles du sujet se mirent à baisser. La parésie motrice s'accentua aux membres inférieurs, qui devinrent raides. Aussi bien les mouvements de la tête que ceux des membres s'accompagnaient d'un tremblement comparable à celui qui trouble les mouvements intentionnels dans les cas de sclérose en plaques. Ce tremblement s'observait également lors des mouvements de a langue, du maxillaire inférieur et des muscles de la bouche. Tous les monvements volontaires, y compris ceux des yenx, se faisaient avec une extrême lenteur. La parole du malade devint embarrassée et sa voix nasillarde et monotone; la formation des consonnes était défectneuse; mais les mots n'étaient pas scandés comme dans les cas de sclérose cérébrospinale insulaire.

Le malade mourut à l'âge de 27 ans, neuf ans après l'apparition des premiers symptômes. A l'autopsie, on ne découvrit, ni sur des pièces fraîches ni sur des préparations dur-

cies et examinées an microscope, des altérations des centres nerveux susceptibles de rendre compte des accidents constatés dn vivant dn malade.

Les résultats de l'examen nécroscopique ont été tont aussi négatifs dans le second cas, relatif à un homme de 36 ans, qui à la suite d'nne atteinte de la fièvre typhoïde avait conservé une certaine faiblesse des membres inférieurs. Cette parésie fit de tels progrès, que le malade, ne ponvant plus se tenir sur ses jambes, dnt se faire admettre à l'hôpital de Greifswald. A cette époque, le malade fut pris de douleurs dans le dos avec sensation de constriction thoracique; ses mains s'engourdirent. Il ressentait des douleurs lancinantes dans les jambes et des douleurs abdominales parfois si vives, qu'elles lui arrachaient des cris. Plus tard, à la faiblesse des membres s'ajouta le tremblement provoqué par les mouvements intentionnels, de l'embarras de la parole. La voix était chevrotante; le malade scandait ses paroles, et le tremblement des muscles de la langue l'empêchait d'articuler certaines syllabes.

Plus tard encore, le malade ne ponvait plus se tenir d'aplomb dans l'obscurité, ni marcher sans le secours d'un aide. Il tombait dans des attaques où, après une perte de connaissance passagère, il venait en proie an délire. Dans les derniers temps de la maladie, les symptômes dominants étaient la rigidité et l'état de contracture des muscles des membres, avec tremblement à l'occasion des monvements volontaires, embarras de la parole, troubles de la vue d'ordre subjectif, accès de vertige. La maladie dura en tont dix ans. Comme nous l'avons dit plus hant, on ne trouva pas, à l'antopsie, les altérations des centres nervenx qu'on s'attendait à rencontrer d'après les symptômes observés pendant la vie.

Il en fut de même chez un troisième malade, dont parle M. Westphal dans une note additionnelle. et qui avait présenté de son vivant des symptômes paraissant légitimer le diagnostic de sclérose en plaques cérébro-spinale. C'est avec ce diagnostic que l'observation dn malade avait été pnbliée il y a cinq ans. Depuis cette époque, le professeur Leyden a en l'occasion de faire l'autopsie dn malade en question, et il n'a point tronvé de lésions appréciables des centres nerveux.

L'intérêt de ces faits sante aux yeux. On doit se demander, avec M. Westphal, si l'on n'est pas exposé à diagnostiquer une sclérose en plaques cérébro-spinales dans des cas où l'on n'a affaire qu'à une simple névrose, simulant avec une grande ressemblance une maladie dont les lésions sont irréparables.

— Le même auteur rapporte l'observation d'un homme de 31 ans, qui frappé d'nne parésie motrice des membres inférieurs, avec phénomènes spasmodiques, secousses dans les membres parésiés, exagération des réflexes cntanés et tendineux et tronbles de la sensibilité, snbit l'élongation dn nerf crural droit. Comme suites immédiates et *passagères* de cette opération, on nota l'abolition du réflexe patellaire (phénomène du genou), et de la raideur dans les muscles dn membre inférieur à droite; comme suites *durables*, de l'incontinence des urines et des matières fécales, de la contracture des fléchisseurs des membres inférieurs, et l'apparition d'une vaste escharre au siége. Ces nouveaux symptômes gagnèrent en intensité; il se développa en ontre, de l'anesthésie et de l'ataxie motrice à droite. Le malade succomba trois ans après l'opération. A l'autopsie, on tronva le cerveau, la protubérance et le bulbe parsemés d'îlots de dégénérescence; les segments cervical et dorsal de la moelle étaient le siége d'une dégénérescence diffuse qui atteignait son maximum dans la partie moyenne dn segment dorsal; enfin la moitié droite dn segment lombaire était parsemée de nombreux foyers de dégénérescence, que Westphal considère comme ayant été, selon toute probabilité, consécutifs à la dilacération de la moelle, déterminée par l'élongation dn crural.

Ce n'est pas l'unique exemple d'accidents causés par l'élongation d'un gros tronc nerveux dans des cas d'affections des centres nerveux, tandis que les succès attribués par divers auteurs à ce procédé de traitement sont très discutables.

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Clinique et critique chirurgicales, par le docteur Paul Reclus, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux. Un fort volume de 566 pages.—Paris, Masson, édit., 1883.

Dans ce volume, que l'anteur aurait pn appeler « *Essai de chirurgie contemporaine* », M. Reclus nous fait un véritable exposé de la chirurgie française à notre époque.

Esprit distingué, écrivain aimable et érudit, critique fin et jndicieux, l'auteur aborde avec un égal bonheur les grands points de doctrine qui préoccupent nos maîtres et les sujets variés de thérapeutique chirurgicale qui ont attiré l'attention de l'Ecole française dans ces derniers temps. Tont y est étudié avec soin et méthode; les questions les plus difficiles y sont présentées avec une lumineuse clarté.

La partie consacrée à la critique est considérable, et nous remercions l'auteur de nous avoir fait si bien comprendre dans un premier chapitre ces questions ardnes de pathologie générale (microbiose, etc.), de nous avoir montré clairement le profit qu'on en pent tirer dans la pratique an point de vue de l'étiologie morbide, des prédispositions, des idiosyncrasies et surtout de l'intervention chez les diathésiques.

Dans les chapitres suivants se trouvent résumées toutes les discussions relatives aux affections des os, des articulations et à leur traitement (ostéomyélite, synovites fongueuses, ostéoclasie, résection, extension continue). La laryngotomie intercrico-thyroïdienne, les maladies de la bouche avec le cancer de la langue, les affections du tube digestif et toutes les discussions qu'elles ont soulevées au point de vue de l'intervention (cure radicale des hernies, kélotomie dans la hernie ombilicale étranglée, rectotomie et anus artificiel dans le cancer ano-rectal), les maladies des voies urinaires avec la méthode de Bigelow et la taille hypogastrique, donnent lien à autant de chapitres qui sont des modèles de critique et où l'anteur, conservant les traditions de la Pitié, s'est appuyé à la fois sur l'enseignement de la clinique et les données bibliographiques.

M. Reclus n'a pas fait seulement œnvre de critique, et sa part personnelle y est considérable.

Signalons ses études sur les abcès froids et leur traitement qui n'a pas encore été accepté par tous les chirurgiens, son travail sur la réunion immédiate des tissus divisés par le thermocantère qui a conduit à la conception de la nécrose aseptique, ses recherches sur l'aïnhum, la paralysie infantile et les luxations congénitales si discntées depuis Dupuytren, sa belle observation d'anévrysme artério veineux où perce l'espérance de voir la chirurgie revenir vers la méthode d'Anthyllus.

Notons aussi son travail sur l'épithélioma térébrant des mâchoires où l'auteur discute, pour la combattre, l'opinion de Magitot sur la formation des kystes des racines. Ces kystes naîtraient, pour M. Reclus, des débris épithéliaux, vestiges du bourgeonnement des cordons des dents, et l'on aurait ainsi très facilement l'explication de la production de ces épithéliomas cavitaires pris si souvent dans la pratique pour des périostites avec nécrose.

L'auteur a écrit encore quelques chapitres importants sur le fongus testiculaire, la tuberculose testiculaire et le sarcocèle syphilitique, affections au sujet desquelles il a publié récemment de si importants travaux.

Signalons en terminant un chapitre fort intéressant sur la maladie kystique de la mamelle. L'affection à laquelle l'auteur a imposé ce nom n'avait été avant lui l'objet d'aucune description spéciale, et il a pu, sur cinq observations personnelles, en faire l'histoire clinique. Caractérisée par l'existence de kystes multiples sans tumeur appréciable, la maladie kystique affecterait ordinairement les deux mamelles et ne serait pas susceptible de récidive. L'anatomie pathologique n'a pas, il est vrai, donné encore son dernier mot, mais il semble cependant qu'on doive la ranger dans les épithéliomas kystiques de Malassez, capables par conséquent de se transformer en épithéliomas de nature franchement maligne.

Arrêtons-nous là : ce livre ne saurait être analysé davantage ; il est de ceux qui veulent être lus et relus d'un bout à l'autre. Sa lecture sera également profitable au chercheur qui voudra connaître le mouvement chirurgical de notre époque, et au praticien qui y trouvera, je l'en assure, d'utiles enseignements ; sa place restera marquée dans notre littérature contemporaine.

PICQUÉ.

LA VARIOLE A L'ILE DE LA RÉUNION, ORIGINE, ÉVOLUTION, PROPHYLAXIE, par le docteur MAZAE AZÉMA. — Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine. Paris, 1883.

Nous sommes généralement portés en France à dédaigner ce qui se passe hors de chez nous ; lire les relations d'épidémies de variole observées à l'Ile de la Réunion semble presque insensé à quelques-uns. Cependant le travail du docteur Azéma présente de nombreux points intéressants : il permet de noter la durée exacte de l'incubation dans quelques cas; il montre l'utilité des vaccinations qui arrêtèrent une épidémie de variole, alors que celle-ci, dans les épidémies précédentes, avait sévi cruellement tant par sa gravité que par sa rapide extension.

Dans les grandes villes, il est quelquefois difficile, bien souvent impossible, de remonter aux origines du mal; il est difficile d'en mesurer la période d'incubation : tous ces points peuvent au contraire être mesurés minutieusement dans un pays vierge, où il est facile de saisir l'origine du mal; déjà donc, à ce point de vue, l'ouvrage de M. Azéma est intéressant; il est d'ailleurs écrit dans un style très clair et accuse un esprit consciencieux et profondément observateur.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE EXPÉRIMENTALE DES NÉPHRITES, par M. GERMONT. — Paris, O. Doin, libraire-éditeur, 8, place de l'Odéon, 1883.

M. le docteur Germont, dans sa thèse fort intéressante, rapporte une série d'expériences ; il étudie spécialement et en détail la néphrite cantharidienne, l'anémie artérielle et l'infarctus blanc, les lésions consécutives à la congélation du rein, celles consécutives à la ligature de la veine rénale et à la ligature de l'uretère.

Son travail est d'autant plus intéressant qu'il rapproche à la fin de sa thèse ses résultats expérimentaux des lésions observées chez l'homme; il cherche si ceux-ci ne pourraient point expliquer le mode d'enchaînement de celles-là. Il arrive à cette conclusion que « dans l'état actuel de nos connaissances, il est difficile de préciser les rapports de dépendance qui existent entre les altérations épithéliales et les altérations conjonctivo-vasculaires » car «tantôt les unes prédominent, tantôt les autres », quoique « presque toujours elles existent simultanément », d'où « le succès du mot *néphrite mixte* », et il fait observer que l'ancienne classification « reste vraie si on l'applique aux lésions dans leur genèse, au sein du parenchyme rénal, au lieu de l'appliquer aux lésions déjà adultes des néphrites chroniques où les phénomènes primitifs sont obscurcis et en partie d'ordre différent. »

Dr DERIGNAC.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

AIDE-MÉMOIRE DU MÉDECIN AUXILIAIRE DE L'ARMÉE, préparation à l'examen d'aptitude d'après le programme officiel du 22 juillet 1883 et les conférences faites aux étudiants à douze inscriptions de la Faculté de médecine de Paris, par le docteur AMÉDÉE CHASSAGNE, major de première classe. — Paris, Henry Ollier, éditeur, 13, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Sous le format in-18, format de poche et très portatif à la guerre, ce petit volume de 140 pages condense substantiellement les notions les plus pratiques du service de santé à l'intérieur et en campagne. Ce dernier nous a surtout intéressé par de consciencieux développements et une étude sérieuse des enseignements des guerres les plus récentes ; bien des amendements ont été apportés aux pratiques anciennes en Bosnie et surtout dans les Balkans. Toutefois, bien que la chirurgie de guerre se modifie de nos jours comme la guerre elle-même, toutes deux gardent, dans une certaine mesure, inaltérés et immuables, les grands principes des maîtres. Ce qui a changé surtout, ce sont les services d'évacuation et le rôle chirurgical de plus en plus important du champ de bataille. Nous appelons l'attention de nos lecteurs sur les chapitres traitant des trois échelons de secours, personnel et matériel des ambulances, hôpitaux mobiles, hôpitaux sédentaires, dépôts de convalescents, ambulances provisoires de gare, aussi sur l'arrêt des hémorrhagies, l'immobilisation improvisée des fractures et l'antisepsie primitive des champs de bataille. Toutes ces notions pratiques ne peuvent qu'être des plus utilement indispensables aux 2,500 aides-majors de la réserve de l'armée territoriale qui doivent se préparer dès aujourd'hui au rôle patriotiquement secourable qu'ils auront à remplir un jour devant l'ennemi.

FORMULAIRE

PRÉPARATIONS DE MENTHOL A EMPLOYER EN FRICTIONS CONTRE LES NÉVRALGIES.

1° Menthol........... 2 grammes.
Eau distillée........ 50 —
Bicarbonate de soude 0,50 centigrammes.

M. s. a. Pour applications topiques sur les gencives dans les cas de névralgies dentaires.

2° Menthol .... 4 grammes.
Alcool .... 32 —
Essence de girofle...... } ââ XX gouttes.
Essence de cannelle.... }

M. s. a. Pour frictions sur la région douloureuse dans les cas de sciatique ainsi que dans les cas de rhumatisme articulaire chronique du genou, du coude, de l'épaule.

— Le menthol, connu encore sous le nom de « camphre japonais », est le principe actif de la menthe poivrée. Il est très employé en Amérique comme remède antinévralgique.

E. R.

BULLETIN

Questions scientifiques et professionnelles actuellement a l'ordre du jour.

Chaque année qui finit lègue à celle qui commence le soin de poursuivre l'étude d'un certain nombre de questions. En médecine, les solutions ne sont presque jamais définitives ; on plante des jalons, on parcourt des étapes, on s'approche plus ou moins du but ; on l'atteint rarement. Chaque génération fait sans doute un pas en avant, mais celle qui, même sur un point circonscrit, possédera la vérité tout entière, sera sans doute encore longue à venir. Ceci ne saurait nous décourager : ei le progrès scientifique n'a pas de limite, ou si cette limite recule sans cesse, c'est une raison de plus pour s'efforcer de marcher vite et sûrement.

Parmi les questions actuellement à l'étude, nous en signalerone particulièrement quelques-unes, qui vont être l'objet de débats au sein de nos sociétés savantes et même de nos assemblées délibérantes.

C'est d'abord la *trichinose*, dont l'Académie de médecine et le Parlement sont saisis. Les conclusions du rapport de M. Brouardel, comme celles du dernier rapport de M. Bouley au Comité consultatif d'hygiène publique, sont en complète contradiction avec la proposition soutenue par M. Paul Bert devant la Chambre des députés, proposition qui a eu pour résultat de faire surseoir à l'exécution du décret levant l'interdiction en France des viandes américaines. Le gouvernement, fort embarrassé, attend sans doute, pour prendre une mesure définitive, que l'Académie de médecine se prononce. Ici la question scientifique se complique d'une question économique, ce qui n'est pas propre à en faciliter la solution.

Le rapport de M. Mahé sur l'étiologie de la dernière épidémie de choléra en Egypte a démontré l'insuffisance des mesures sanitaires en vigueur dans ce pays pour préserver l'Europe du fléau et la nécessité d'étudier à nouveau cette importante question d'hygiène internationale.

M. Henry Liouville a obtenu du ministre de l'intérieur une bonne promesse, que nous nous sommes empressé d'enregistrer et qu'il ne faudra cesser de rappeler : celle de la création d'une *Direction centrale de l'assistance et de l'hygiène publiques*.

Comme transition entre les questions d'hygiène publique et celles de pathologie, nous pouvons signaler l'enquête qui se poursuit partout, à l'étranger comme en France, sur la nature et l'étiologie de la tuberculose. Cette question n'est, à vrai dire, qu'une fraction de la question plus générale de l'origine microbienne des maladies infectieuses, vaste sujet dont l'étude réclame également le concours des savants de laboratoire et des hommes d'observation.

S'il était besoin de démontrer tout ce qu'il y a de fécond dans cet accord entre les études expérimentales et la médecine pratique, on pourrait invoquer l'application qui vient d'être faite à l'anesthésie chirurgicale des recherches de M. Paul Bert sur les mélanges titrés d'air et de vapeur de chloroforme. C'est dans le service de M. Péan, à l'hôpital Saint-Louis, que la nouvelle méthode vient d'être expérimentée sur eix sujets, d'âge et de sexe différents, qui ont eu à subir des opérations de grande chirurgie. Dans tous les cas, l'anesthésie a suivi une marche régulière, moins rapide que lorsqu'on administre le chloroforme à dose massive ; mais les phénomènes d'excitation ont été fortement atténués. Nous ne faisons qu'indiquer ces premiers essais. Nous aurons prochainement à revenir sur cet important sujet.

A la Société de chirurgie, nous trouvons à l'étude une question d'un haut intérêt pratique : il s'agit de l'opération d'Estlander ou résection des côtes, pratiquée dans le but d'obtenir l'affaissement des parois thoraciques et par suite l'oblitération de la cavité suppurante dans l'empyème chronique avec fistule pleuro-cutanée. Cette opération compte déjà 38 0/0 de succès dans des cas où l'on ne pouvait attendre de guérison des efforts de la nature ou par les moyens ordinaires ; elle ne peut manquer d'être perfectionnée encore et d'entrer dans la pratique courante de la chirurgie.

Les questions professionnelles à l'ordre du jour n'offrent pas moins d'intérêt : il suffit de mentionner la révision de la loi de 1838 sur les aliénés, le projet de création d'écoles préparatoires du service de santé militaire, la révision de la législation sur les eaux minérales, en particulier sur l'inspectorat fortement et justement battu en brèche, enfin la proposition de loi relative à l'exercice de la médecine déposée par M. Chevandier sur le bureau de la Chambre des députés. Si à tous ces projets, dont l'étude s'impose aux hommes vraiment compétents, en première ligne au médecin et au législateur, on ajoute le mouvement qui s'est produit dans le corps médical et que nous avons récemment apprécié en parlant des syndicats médicaux, de la caisse des pensions de droit, des assurances mutuelles entre médecins, etc., on voit que les questions d'ordre professionnel ne le cèdent ni en nombre ni en importance aux questions d'ordre scientifique. Les unes et les autres seront également l'objet de toute notre attention, et nous tiendrons exactement nos lecteurs au courant de toutes les recherches, de toutes les discussions auxquelles elles donneront lieu, des résultats qui seront obtenus, des progrès qui seront réalisés.

F. de R.

CHRONIQUE

Faculté de médecine de Paris. — La chaire de clinique des maladies des enfants vient d'être transférée de l'hospice des Enfants assistés à l'hôpital des Enfants malades. M. Rendu, chargé du cours, commencera ses leçons le mardi 8 janvier et les continuera les mardis et vendredis suivants.

— M. Ribemont, agrégé, est chargé du cours auxiliaire d'accou-

chements en remplacement de M. Budin, qui a obtenu un congé de trois mois pour raisons de santé.

— Le registre d'inscriptions, ouvert depuis le 3 janvier, sera clos le 19 courant.

***

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Le Conseil a adopté un projet de règlement, d'après lequel la présidence des sessions d'examens, dans les Ecoles de plein exercice et dans les Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie, sera désormais dévolue aux professeurs des Facultés de médecine, à l'exclusion des directeurs des susdites Ecoles.

***

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés :

Au grade de commandeur : M. Maurice Perrin, médecin inspecteur, directeur de l'Ecole du Val-de-Grâce.

Au grade d'officier : MM. Delcominéte, Weber, Widal, médecins principaux de première classe ; Jean et Petit, médecins majors de première classe ; Aude, médecin en chef de la marine, et Cerf-Mayer, médecin principal de la marine.

Au grade de chevalier : MM. Oberlin, Robert, Battarel, du Cazal, Rouget, Roux, Brachet, Boppe, Tachard, Lemardeley, médecins majors de première classe ; Gaubert, médecin major de deuxième classe ; Lacroix, médecin en chef de l'hôpital mixte de Béziers ; Tubert, médecin requis à l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains ; Féris, médecin professeur de la marine; Delisle, Martinenq, Le Tersec, Mosso, Galliot, médecins de première classe de la marine ; Chevrier, médecin auxiliaire de deuxième classe, et Hérail, ancien médecin de la marine.

***

Sont nommés officiers d'académie : MM. les docteurs Devé, médecin du collège de Beauvais; Peisson, attaché à l'infirmerie du lycée Henri IV ; Tonnelier, médecin du collège d'Auxerre ; Dagrève, médecin du lycée de Tournon ; Caviole, médecin du lycée de Cahors ; Collardot, médecin du lycée d'Alger ; Delacroix, médecin des écoles normales de Châlons.

***

M. le docteur A.-J. Martin commencera son cours d'hygiène publique à l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique le jeudi 10 janvier 1884, à cinq heures du soir, et le continuera les jeudis suivants à la même heure.

***

La Société de médecine de Paris décernera en 1885 le prix Duparcque au meilleur travail écrit en langue française, manuscrit ou imprimé, à la condition toutefois qu'il n'ait pas été publié depuis plus de deux ans, sur la pathologie de l'ovaire et l'ovarite en particulier.

Ce prix n'ayant pas été décerné en 1883, sera, pour 1885, d'une médaille d'or et d'une somme de 1,200 francs.

Le concours est ouvert le 1er janvier 1884. Les ouvrages destinés à y prendre part doivent être envoyés avant le 1er janvier 1885 au secrétaire général de la Société, M. le docteur Thorens, 34, rue de Penthièvre.

***

La Société française de tempérance (reconnue d'utilité publique) réunie en assemblée générale le 23 décembre 1883, a formé son bureau comme il suit pour l'année 1884 :

Président : M. JULES BERGERON, de l'Académie de médecine.
Vice-Présidents : MM. DUVERGER, BOUCHARDAT, FAUVEL et BARTHÉLEMY SAINT-HILAIRE.
Secrétaire général : Docteur L. LUNIER.
Secrétaires généraux adjoints : MM. les docteurs DECAISNE et VIDAL.
Secrétaires des séances : MM. GUIGNARD et AUDIGÉ.
Bibliothécaire-archiviste : Docteur A. MOTET.
Trésorier : M. JULES OBYNS.

Nous croyons devoir rappeler que la Société décerne chaque année, dans sa séance solennelle du mois de mars, un certain nombre de médailles et de livrets de caisse d'épargne aux instituteurs, chefs d'atelier, contre-maîtres, ouvriers, serviteurs et toutes autres personnes qui lui sont signalées comme s'étant fait remarquer par leur sobriété exemplaire et leur propagande en faveur de la tempérance.

Toutes les demandes de récompenses, avec pièces à l'appui, doivent être adressées avant le 5 janvier 1884 au secrétariat général de l'œuvre, rue de l'Université, 6, où sont également reçues les adhésions.

***

L'ANTAGONISME DE L'ALCOOL ET DE LA STRYCHNINE. — Dans la dernière assemblée générale de la Société française de tempérance, qui s'est tenue le 23 décembre 1883, M. le docteur Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine, a fait une très intéressante communication sur le traitement de l'alcoolisme par la strychnine.

Dans ces dernières années, M. le docteur Luton (de Reims) avait soutenu que la strychnine était le médicament de l'alcoolisme ; le gouvernement devrait autoriser le mélange de la strychnine aux boissons alcooliques, pour combattre les effets nuisibles de ces boissons. M. le docteur Dujardin-Beaumetz, par des recherches expérimentales et des observations faites sur l'homme, a montré que si la strychnine peut combattre en effet les symptômes d'ivresse et de délire aigu déterminés par l'alcool, il était impuissant pour s'opposer aux altérations multiples des différents organes qui résultent de la présence de l'alcool dans les différents tissus de l'économie.

La strychnine ne reste donc plus qu'un agent thérapeutique, capable tout au plus de faire disparaître ou d'atténuer quelques-uns des symptômes déterminés par l'abus des boissons alcooliques.

Après une discussion à laquelle ont pris part M. le docteur Lunier, membre de l'Académie de médecine, secrétaire général, et M. le pasteur Dietz, président du consistoire de Rothau, le président de la Société, M. le docteur Jules Bergeron, membre de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène, a appuyé de toute son autorité cette importante communication, dont l'assemblée, à l'unanimité, a décidé l'impression *in extenso* dans ses Bulletins.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE.

THÈSES DE DOCTORAT. — ANNÉE SCOLAIRE 1882-1883.

1. M. Laurent. La crémation au point de vue historique et hygiénique. — 2. M. Fockenberghe. De la chaussure normale (étude d'hygiène). — 3. M. Richez. L'iodoforme dans la blennorhée oculaire. — 4. M. Dureux. Des déchirures du périnée pendant l'accouchement. — 5. M. Bernard. Considérations sur la gangrène foudroyante traumatique. — 6. M. Desfontaines. Contribution à l'étude de l'ovariotomie. — 7. M. Milliez. Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par des injections de peptone ammonique mercurique. — 8. M. Honnart. Contribution à l'étude de l'accouchement par le siège. — 9. M. Capitrel. Etiologie du rachitisme. — 10. M. Hochstetter. Etude sur l'assainissement de la ville de Lille. — 11. M. Roché. Du cancer du pénis et de son traitement par l'amputation de cet organe. — 12. M. Martin. De la compression du nerf radial par un cal vicieux. — 13. M. Gruson. Etude générale des ophthalmo-sympathies. — 14. M. Muller. Contribution

à l'étude de l'intervention chirurgicale chez les calculeux. — 15. M. Boulinguez. De la névralgie lombo-abdominale. — 16. M. Cavle. Considérations sur l'étranglement herniaire et en particulier de la kélotomie sans ouverture du sac. — 17. M. Dujardin. De quelques procédés en usage pour la conservation des substances alimentaires. — 18. M. Trochet. De l'intervention dans es bassins rachitiques. — 19. M. Vidal. Considérations sur le traitement de l'épilepsie.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 21 AU JEUDI 27 DÉCEMBRE 1883.

Fièvre typhoïde 34. — Variole 3. — Rougeole 26. — Scarlatine 0. — Coqueluche 10. — Dipthérie, croup 46. — Dysentérie 2. — Erysipèle 7. — Infections puerpérales 4. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 46. — Phthisie pulmonaire 225. — Autres tuberculoses 10. — Autres affections générales 53. — Malformation et débilité des âges extrêmes 49. — Bronchite aiguë 37. — Pneumonie 84. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés: au biberon 36, — au sein et mixte 23. — Inconnu 1. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 99. — de l'appareil circulatoire 53. — de l'appareil respiratoire 77. — de l'appareil digestif 52. — de l'appareil génito-urinaire 34. — de la peau et du tissu lamineux 6. — des os, articulations et muscles 9. — Après traumatisme: Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 27. — Causes non classées 4. — Total de la semaine: 1057 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DE L'ENFANCE, suivi d'un Formulaire complet de thérapeutique infantile, par le docteur Edward Ellis, médecin en chef honoraire de l'hôpital Victoria pour les enfants malades, de l'hôpital de la Samaritaine pour les femmes et les enfants, ancien assistant de la chaire d'obstétrique u collège de l'université de Londres, traduit sur la quatrième édition anglaise et annoté par le docteur L. Waquet et précédé d'une préface de M. le docteur Cadet de Gassicourt, médecin de l'hôpital Sainte Eugénie. Un fort volume in-18 de 600 pages. — Prix : 5 fr. — Paris, librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon.

TRAITÉ PRATIQUE DE GYNÉCOLOGIE ET DES MALADIES DES FEMMES, par le docteur L. de Sinéty, deuxième édition, revue, corrigée et augmentée de pres de 200 pages. Un fort volume in-8 de 1,000 pages avec 181 figures. — Prix : 15 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon-

COURS ÉLÉMENTAIRE ET PRATIQUE DE BIOLOGIE, par MM. E.-H. Huxley, secrétaire de la Societé royale de Londres, et H.-N. Martin, agrégé de Christs-College Cambridge, traduit par S. Prieur. Un volume in-18 de 400 pages. — Prix : 4 fr. — Paris, à la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

LES MALADIES DES REINS, par le docteur C. Bartels, professeur à l'université de Kiel, traduit de l'allemand par le docteur Edelmann, avec préface par le docteur Lépine. Un fort volume in-8 avec figures, — Prix: 15 fr. — Paris, 884, chez Félix Alcan, successeur de Germer Baillière et Cie, 108, boulevard Saint-Germain.

ERUPTIONS, GRANULATIONS, ULCÉRATIONS DES ORGANES SEXUELS DE LA FEMME; TRAITEMENT CLASSIQUE ET THERMAL, par M. le docteur P.-G, Forges, médecin consultant aux eaux de Cauterets.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

55e année. 7e série. Tome Ier. N° 2 12 JANVIER 1884

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;
Membres : MM. les Drs **J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN**;
Secrétaire : M. le Dr **E. RICKLIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **Octave DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : **Place Saint-Michel, 4.**

SOMMAIRE. — PATHOLOGIE MÉDICALE : L'épidémie de trichiuose d'Emersleben (symptomatologie et anatomie pathologiqus). — CLINIQUE CHIRURGICALE : Prouostic et traitemeut du cancer du sein. — REVUE CRITIQUE : Maladies des reins. — REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE : Maladies des voies respiratoires : I. Recherches sur la microcoque de la pneumonia fibrinause et sur la pathogénie de cette maladie. — II. Des abcès métastatiques du cerveau, cousécutifs à des affectious primitives des poumous. — III. Embolie et paralysie à la suite des irrigatious pleurales. — IV. Etuda sur les accidents réflexes survenus après l'opératiou de l'empyème. — V. Travaux à consulter. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE : De la fièvre typhoïde. — La fièvre typhoïde chez le cheval et chez l'homme. — INDEX BIBLIOGRAPHIQUE. — FORMULAIRE. — CHRONIQUE. — Démographie. — Librairie. — FEUILLETON : Feuillas volantes.

PATHOLOGIE MÉDICALE

L'ÉPIDÉMIE DE TRICHINOSE D'EMERSLEBEN (SYMPTOMATOLOGIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE), travail lu dans la dernière séance de l'Académie de médecine par M. GRANCHER, agrégé de la Faculté, médecin de Necker.

La mission à laquelle mon maître et ami, M. Brouardel, a bien voulu m'associer, avait pour but d'étudier l'épidémie d'Emersleben, d'en déterminer les causes et spécialement de chercher si cette épidémie et celles qui l'avaient précédée en Allemagne permettaient d'incriminer l'usage de la viande du porc américain. Vous connaissez par le rapport de M. Brouardel les résultats de cette enquête, d'où il ressort :

1° Que l'épidémie d'Emersleben est d'origine allemande et qu'aucune autre épidémie antérieure ne saurait être attribuée, avec preuves scientifiques à l'appui, à l'importation des viandes d'Amérique ;

2° Que la cuisson rend inoffensive, en pleine épidémie, la consommation de viande trichinée;

3° Que la gravité de la maladie décroît rapidement avec le mélange de la viande infectée à d'autres viandes et avec le temps de sa conservation après le sacrifice de l'animal.

Symptômes. — Il me reste à vous décrire sommairement les symptômes et les lésions observés chez les malades que nous avons pu voir à Emersleben et à Deesdorf, sans entrer dans une description didactique que les ouvrages spéciaux, les mémoires de Virchow, de Kestner, une leçon de M. Germain Sée, etc., ont déjà donnée.

A notre arrivée dans ces villages, au commencement de la septième semaine de l'épidémie, quarante-deux malades avaient déjà succombé, le plus grand nombre étaient guéris, quelques-uns convalescents, d'autres encore très gravement atteints.

Les convalescents pâles, très affaiblis, conservaient pour la plupart un œdème léger des membres inférieurs, mais l'appétit ayant repris toute sa force, ils revenaient à leur nourriture habituelle et mangeaient d'épaisses tartines de porc cru, haché, étendu sur du pain, malgré la dure leçon qu'ils venaient de recevoir, malgré les conseils de leurs médecins, malgré la démonstration *de visu* de la trichine qui avait tué leurs parents et leurs voisins.

Ceux qui ne pouvaient quitter le lit avaient tous la même physionomie morbide et cette uniformité des symptômes nous parut tout à fait expressive : immobilisés dans le décubitus dorsal, par un œdème colossal des membres inférieurs, de l'abdomen et quelquefois des membres supérieurs, le visage maigre, l'œil terne et la voix brisée. Quelques-uns étaient mourants et deux succombèrent, en effet, pendant notre séjour à Emersleben, selon le mode ordinaire à cette période, c'est-à-

FEUILLETON

FEUILLES VOLANTES

Octobra 1883 — Janvier 1884.

L'envahissament des journaux de médecine par les Sociétés savautes. — Plus de texte, tout procès-verbal. — Réforme et progrès. — L'activité protéiforme de M. Paul Bert. — La deuxième aux salaisons américaines. — Le professeur Depaul et sa chaira. — M. le professeur Pajot et son ancienne chaire. — Disette pédagogique à la Faculté de Paris. — Les bienfaits du thermomètre.

Me sera-t-il permis d'abuser un peu de l'hospitalité que trouve ici ma prose? Tolérera-t-on que je fasse, dans ces colonnes, l'éloge de la GAZETTE MÉDICALE? Je ne sais, mais j'essaie. Après tout, je ne suis pas un vil flatteur. Ce n'est pas à un journal que je vais adresser des compliments ; c'est surtout à la science médicale, qui depuis une vingtaine d'années à pris un tel élan que les sociétés scientifiques se sont multipliées de toutes parts, et l'activité des soldats a répondu à celle des chefs ; les travaux académiques ont donc pris des proportions si considérables qu'il devenait indispensable de tenter la réforme (qui est en même temps un progrès) dont je vais parler.

Les comptes rendus des Sociétés médicales ont fini par absorber presque toutes les colonnes des journaux spéciaux. D'un autre côté, les organes reproduisant ces comptes rendus ont augmenté de nombre d'autant plus facilement qu'il n'était plus besoin de travaux originaux à solliciter, ni de rédacteurs à payer. Une bonne paire de ciseaux suffisait ; et tel journal, à condition de faire payer suffisamment cher ses annonces, arrivait à donner à un prix infime une feuille qui ne contenait guère autre chose que ce que telle autre feuille plus importante avait donné tout au plus un ou deux jours avant.

Il revenait à la GAZETTE MÉDICALE, plus qu'à tout autre journal de médecine, de se rendre compte de cette situation et d'y porter remède. Il fallait trouver de la place pour les études originales, pour les revues critiques, pour les études historiques, pour les appréciations des livres et des journaux, pour l'examen approfondi des nouvelles questions scientifiques, hygiéniques, professionnelles,

dire à une asphyxie rapide par congestion pulmonaire ou pneumonie ultime. D'autres, moins gravement atteints, pouvaient faire quelques mouvements et sentaient l'appétit renaître; on espérait les sauver.

L'œdème des membres et du tronc est pâle, mou, gardant fortement l'empreinte du doigt, mais si considérable qne, par places, la peau rougit et se fendille, laissant échapper une sérosité limpide; enfin des escharres se forment aux points déclives et comprimés. La fièvre est nulle, la langue nette et propre, et les malades ne se plaignent que de faiblesse et d'essoufflement. L'auscultation du poumon laisse entendre des râles muqueux dispersés aux deux bases. Le cœur est sain, le pouls normal.

Nous avons examiné le sang de deux malades et constaté une augmentation notable des globules blancs qu'on peut estimer, à défaut d'hématimètre, au double ou triple du chiffre physiologique. Les globules rouges paraissaient sains.

Les commémoratifs fournis par nos excellents confrères, M. le docteur Philip et M. Wagner, vous sont déjà connus. Tous ces malades avaient traversé la période cholériforme accompagnée ou non de vomissements, puis la phase dite musculaire caractérisée par des fourmillements, des raideurs tétaniques et douloureuses, par des contractures même, développées surtout aux membres supérieurs et aux muscles du cou.

L'abattement profond et l'aspect typhique des patients n'avaient pas échappé à nos confrères, mais déjà la nature de l'épidémie était connue, et l'idée d'un diagnostic différentiel entre la trichinose et le typhus abdominal était naturellement écartée.

La fièvre avait été vive et sur quelques tracés recueillis par M. Wagner, nous avons pu constater que le thermomètre avait marqué jusqu'à 40₀ C. Mais les graphiques comparés l'un à l'autre se ressemblaient assez mal et ne rappelaient pas, même de loin, la courbe si caractéristique de la fièvre typhoïde.

Le seul point par lequel l'épidémie d'Emersleben diffère de celles qui l'ont précédée est la rareté de l'œdème facial qui n'apparut que chez quelques malades et qui fut assez fugace. Sous ce rapport, elle mérite assez peu le nom d'*épidémie des grosses têtes*, qu'on donne quelquefois en Allemagne aux épidémies de trichinose.

Diagnostic. — De ces symptômes observés directement et des commémoratifs, il résulte, pour M. Brouardel et pour moi, la conviction que nous n'avons jamais rencontré, ni dans les hôpitaux, ni dans notre pratique civile, un cas de trichinose et surtout une épidémie.

Sans doute, avant les travaux de Zenker, de Virchow, de Leuckart, de Kestner, etc., les épidémies de trichinose ont été méconnues; mais le premier de ces travaux remonte à l'année 1860, et désormais les médecins connaissent assez bien l'évolution et les symptômes de la trichinose pour la diagnostiquer. Vous avez vu que la nature de l'épidémie d'Emersleben fut reconnue dès le neuvième jour, elle était déjà soupçonnée avant d'être officiellement dénoncée.

Si le premier fait publié de trichinose, celui de Wood (1834), ne fut reconnu qu'à l'autopsie, en 1860 l'épidémie de Dresde fut dévoilée par Zenker; en 1862, Friedreicth reconnut, dès le 3 mai, un cas isolé de trichinose ayant débuté le 20 avril, et fixa le diagnostic à l'aide du harpon. Puis vinrent l'épidémie de Plauen, diagnostiquée huit jours après sa naissance; celles de Kalbe, de Burg, de Magdebourg, de Hœttstadt, de Hedersleben, de Kindlinbourg, etc., fidèlement et rapidement reconnues par les médecins.

Il est vrai que pendant les premiers jours on accusa ici la fièvre typhoïde ou le typhus, ailleurs un empoisonnement, une fièvre rhumatismale, ou la grippe, ou même le tétanos, mais l'erreur, toujours de courte durée, s'explique aisément par la rareté relative de la trichinose.

Si l'incertitude est légitime, presque nécessaire au début du mal, elle cesse bientôt par la succession même de ses phases, qui n'a son équivalent dans aucun autre tableau morbide. Il est possible cependant que l'acrodynie qu'on vit éclater çà et là sous forme épidémique, de 1828 à 1854, ne soit, comme le veut M. Le Roy de Méricourt, qu'une trichinose méconnue. Elle est certainement, de toutes les maladies non classées, celle qui rappelle le mieux l'infection par la trichine. En outre, elle disparaît de la scène à peu près au moment où la trichinose fit son entrée avec les travaux de Zenker, nouvelle raison pour légitimer le rapprochement de M. Le Roy de Méricourt.

Quoi qu'il en soit, l'épidémie de Crépy-en-Valois, si finement étudiée et reconstruite par M. Laboulbène, longtemps après son éclosion, est la preuve irréfutable de la haute valeur des

---

qui éclosent chaque jour. Une revue hebdomadaire avait fini par manquer aux médecins tandis que les journaux pullulent.

La solution ne s'est pas fait attendre; et aujourd'hui le mouvement scientifique qui a son centre et son foyer dans les sociétés savantes se trouve rapidement reproduit dans un organe spécial, qui a de plus le mérite d'étendre à la province et à l'étranger les bénéfices qui résultent d'une prompte diffusion des découvertes de tout médecin travailleur.

Du même coup nous voici à l'aise, d'autant mieux que nous avons ici les coudées franches pour suivre, observer, apprécier, critiquer, approuver, encourager les recherches nouvelles d'où qu'elles viennent. Et puis voici que l'ère des feuilletons (trop souvent et forcément bannis par la multitude des travaux académiques) va renaître.

O vous, Peisse, Réveillé-Parisse, Ménière, Daremberg, Carrière, etc., je ne veux parler que des morts, — réjouissez-vous du haut de votre dernière demeure: la GAZETTE MÉDICALE reprend régulièrement la série trop fréquemment interrompue de ces feuilletons qui firent sa gloire et la vôtre.

* * *

Paul Bert, Paul Bert, que me veux-tu? m'écrierais-je si j'avais le droit de tutoyer ce professeur — académicien — ex-ministre — journaliste — député — conférencier — polémiste — expérimentateur et même, dit-on, chansonnier à ses heures. Est-il un homme qui, au moment où nous vivons, fasse plus parler de lui? Force nous est de lui consacrer quelques lignes, mais pour le bien juger, je déclare cela impossible. On ne peut le garder assez longtemps sous sa lorgnette de critique. On cherche à le suivre à la Sorbonne, il est déjà à la Chambre; on croit le tenir dans les bureaux de la RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, qu'il est passé dans les bureaux du VOLTAIRE. Je crois le voir à l'Académie des sciences, le voilà à Ville-d'Avray, célébrant la messe de bout de l'an, pardon, mille fois pardon pour ce lapsus, monsieur Paul Bert!... présidant une cérémonie patriotique où seront rappelés les vertus civiques, les services publics, les réels talents, les qualités privées de Gambetta!

Décidément je m'écrie:

Vous marchez d'un tel pas qu'on a peine à vous suivre.

Voici qu'au moment où je comptais vous féliciter de votre retour

symptômes qui suffisent au diagnostic jusqu'à ce que le harpon on l'autopsie viennent le confirmer.

Messieurs, les malades que nous avons vus à Emersleben étaient bien et dûment atteints de trichinose, et la question de diagnostic ne se posait pas pour nous; mais, à supposer que nous eussions ignoré, et la nature du mal et les antécédents des malades, nous n'eussions pu songer qu'à une cachexie cardiaque on albuminurique.

La prédominance accentuée de l'œdème aux membres inférieurs plaidait en faveur d'une affection cardiaque, mais l'auscultation du cœur et des vaisseaux ne révélait aucun bruit pathologique, aucune lésion, le pouls était normal.

La diffusion de l'œdème aux membres et au tronc pouvait faire penser à une néphrite, mais l'examen des urines, au dire de nos confrères, ne décelait aucune trace d'albumine.

Or, le médecin ne se trouve jamais dans des conditions aussi défectueuses que celles que nous supposons; les commémoratifs, d'une part, et la confluence des malades dans un même village, d'autre part, suffisent pour rendre l'erreur impossible.

Nous croyons donc pouvoir conclure que si le diagnostic d'un cas isolé de trichinose est quelquefois difficile, celui d'une épidémie ne saurait être longtemps incertain.

Pronostic. — Le pronostic de la trichinose nous a paru dépendre, toutes choses égales d'ailleurs, de la quantité de viande consommée, de son degré de pureté et de fraîcheur.

La servante de M. Heine qui n'a fait que goûter à la saucisse crue, n'a pas été gravement malade. Tous les auteurs, du reste, sont d'accord sur ce point que le danger croît avec le nombre des trichines ingérées. M. Brouardel a mis en relief tout ce qui concerne l'influence du mélange et de la conservation prolongée de la viande trichineuse, et M. Colin a dit quelle part importante la salaison du hachis avait, à ses yeux, sur son innocuité.

Il convient maintenant d'ajouter que nos confrères d'Halberstadt et d'Emersleben ont vu quelques rechutes chez des convalescents qui avaient abusé de leurs forces, ou peut-être avaient mangé d'un second porc reconnu triché par le docteur Philip.

Les malades qui succombent dans le troisième et le quatrième septenaire, meurent avec des accidents typhiques, ceux qui parcourent toutes les périodes jusqu'à la cachexie, périssent dans le cours du deuxième mois, ordinairement par une complication pulmonaire.

Autopsie. — Pendant notre séjour à Emersleben, nous avons fait deux autopsies, les deux premières et les deux seules, pensons-nous, qui aient été faites dans le cours de cette épidémie.

L'une est celle d'un homme de cinquante-cinq ans, mort le 5 novembre et ouvert le 7, à quatre heures, en présence des docteurs Josling, Kreisphysicus (d'Halberstadt) et MM. Wagner et Beaucamp.

Résumé. — Intégrité de l'appareil digestif du cœur et des vaisseaux. Membranes encéphaliques et substance cérébrale saines, sauf un peu d'œdème de la pie-mère. Pneumonie secondaire.

Reins scléreux et foie graisseux.

Muscles rouges et sains en apparence. Ils sont remplis de trichine.

La deuxième autopsie est celle d'une femme morte le 10 novembre, elle fut pratiquée le 11, en présence de MM. Josling, docteur Nicolaï, Wagner et Beaucamp, étudiants en médecine.

Résumé. — Intégrité de l'appareil digestif, du foie, du rein, du cœur, des vaisseaux, du cerveau et de ses enveloppes. Pneumonie secondaire. Muscles en apparence sains, remplis de trichines.

Ces deux autopsies, à part la présence des trichines dans le tissu musculaire, sont assez peu satisfaisantes, car elles ne donnent pas la raison de la cachexie extrême à laquelle succombent les malades. Si les reins et le foie du premier cadavre sont gras et scléreux, ainsi que l'examen histologique est venu le confirmer, ceux du second sont sains. D'autre part, l'état du cœur et des vaisseaux ne saurait expliquer l'œdème colossal des membres inférieurs et encore moins celui du tronc et des membres supérieurs. Nous en sommes réduits à invoquer, sans pouvoir dire en quoi elle consiste, une cachexie humorale qui relèverait directement des désordres que provoquent les trichines dans le tissu musculaire.

Le trouble de la nutrition apporté dans le muscle par la trichine est, en effet, considérable, et nous pouvons le soupçonner en réfléchissant à cette invasion de milliers de trichines qui dévorent la substance même du muscle.

à la science, à l'occasion de vos nouvelles expériences sur l'anesthésie par le chloroforme à petites doses, je suis amené à vous critiquer pour votre sollicitude par trop excessive à vouloir protéger vos compatriotes contre l'invasion des trichines.

Je sais bien que vous ne pouvez, de par votre vie tout entière, qu'être avec ceux qui ont pour devise : *Tout par les laboratoires et pour les laboratoires.* Mais l'homme ne vit pas seulement du pain sec de la science expérimentale; l'ouvrier qui use ses muscles au travail a besoin de se nourrir de viande.

Eh quoi! si les trichines font quelques petits ravages, d'ailleurs très circonscrits, chez nos voisins les Allemands, devons-nous, plus prudents qu'eux, exclure de nos marchés des viandes venues d'Amérique où il n'est pas question de trichinose?

Si nous étions en proie à une épidémie de ce genre, si seulement nous avions à la redouter, j'approuverais, bien mieux, je solliciterais avec vous des mesures défensives. Mais il n'en est rien. Interrogez MM Brouardel et Grancher.

Présentez donc plutôt un projet de loi édictant telle peine que vous voudrez, jusques et y compris la peine de mort, contre tout Français qui mangera de la viande crue d'un porc tué depuis moins de deux jours, et vous ferez au moins une loi plus pratique, quoique inutile en France. Et par ce moyen, si quelques *microscopistes* mangent un peu moins de beurre à la table d'hôte de l'Etat, du moins pourront-ils utiliser leur temps d'une manière plus fructueuse, espérons-le, pour la science.

∴

Le professeur Depaul, en mourant, avait laissé vacante la chaire de clinique d'accouchements.

Grand, vigoureux, la joue droite ornée d'une tumeur que les poils de la barbe ne suffisaient pas à dissimuler, Depaul était natif du Béarn. Par sa prononciation, par son accent, il était resté méridional. Par son style, un de ses collègues prétendait qu'il était iroquois. Je n'ai pas vérifié cette allégation.

Quelques-uns de ceux qui l'ont approché lui ont fait une réputation d'homme grincheux. Il l'était peut-être quand on l'attaquait. Il affectait un peu l'allure solennelle; si parfois aussi il avait la franchise brutale, il avait au moins le mérite de la franchise. C'était au fond un excellent homme et même un bon professeur. Sans de hautes visées, c'était un clinicien. Il n'attirait

Sur des préparations faites avec des muscles frais dont on dissocie les faisceaux à l'aiguille et qu'on colore au picro-carmin, on peut suivre la marche de la trichine depuis son arrivée dans le muscle jusqu'à son enkystement. L'action de l'acide osmique et les préparations après le durcissement dans l'alcool fournissent les renseignements complémentaires.

En nous aidant de ces divers moyens, nous avons constaté des altérations du périmysium, du myolème et des faisceaux primitifs avant et après l'apparition de la trichine en un point.

Le périmysium subit une irritation diffuse qui se traduit par une abondante multiplication de ses noyaux, prédominante autour des vaisseaux sanguins.

Le myolème de la plupart des faisceaux primitifs reste tout à fait sain ainsi que la substance musculaire qu'il contient; celui de beaucoup d'autres faisceaux subit la néoformation nucléaire sans modification sensible de la striation et des qualités physiques du muscle; ailleurs, le myolème et la fibre qu'il contient présentent des altérations profondes qui préparent le nid où la trichine va se fixer, grandir et s'enkyster.

Ainsi la trichine ne s'arrête pas dans le tissu conjonctif inter-musculaire, elle pénètre à travers le myolème ramolli, et transformé en un gaine cellulaire, jusqu'à la fibre primitive dont elle fait son aliment.

Virchow, et surtout Gerlach, avaient déjà vu et décrit cette pérégrination du némathode; notre observation vient confirmer la leur, et contredire celle des auteurs qui placent le kyste dans le périmysium et décrivent les dégénérescences musculaires comme une altération de voisinage.

On voit d'abord le myolème se charger de cellules qui s'accumulent sur un point de la fibre et y prennent l'apparence d'un manchon fusiforme; en même temps, la fibre musculaire pâlit et perd sa striation.

A ce moment, les altérations biologiques de la fibre emprisonnée se révèlent par les réactifs colorants. Tandis que les fibres restées saines ont gardé leur affinité pour le carmin, les faisceaux malades absorbent de préférence l'acide picrique qui colore également le protoplasma des cellules. Le tout apparaît dans la préparation comme un petit bloc ovoïde jaunâtre sur le fond rose des fibres intactes.

L'acide osmique colore en brun foncé, et le nid de cellules, et la fibre altérée, tandis que les parties saines du muscle prennent une teinte sépia clair.

Cette double réaction micro-chimique indique l'altération profonde de la fibre musculaire qui tend à descendre au rang des substances ternaires.

La trichine apparaît alors dans ce milieu préparé pour la recevoir; d'abord mince et allongée, elle grossit et se replie légèrement sur elle-même à l'une de ses extrémités, puis, continuant de grandir, elle s'enroule finalement sur elle-même et désormais reste immobile.

Parallèlement, la membrane extérieure du kyste se forme aux dépens de la couche la plus externe des cellules qui infiltre le myolème. D'abord très mince et fasciculée, elle s'épaissit et devient homogène et transparente. Ses lames profondes se rejoignent peu à peu aux deux pôles du nid de la trichine, s'unissent et ferment le kyste en ce point, achevant ainsi sa séparation d'avec les deux extrémités supérieure et inférieure de la fibre musculaire.

Celle-ci, tantôt reste altérée dans une grande longueur, emprisonnée dans une gaine de cellules, et s'atrophie peu à peu. Tantôt elle reprend, à quelques millimètres au-dessus et au-dessous du kyste, sa striation et ses qualités physiologiques. Le myolème qui l'entoure se continue directement avec la couche la plus extrême de la membrane kystique.

Il est intéressant de constater que, dans le voisinage immédiat d'un kyste, les faisceaux musculaires dont la trichine n'a pas besoin restent intacts; ils subissent un refoulement mécanique et se déforment par compression, mais ils gardent leurs stries sans trace de dégénérescence cireuse ou granuleuse.

Les phases principales de l'évolution de la trichine sont désormais accomplies, le contenu du kyste dans lequel la trichine est comme moulée ne tarde pas à subir l'infiltration calcaire, en même temps que l'enveloppe fibreuse. A ce moment, le kyste prend une couleur blanche qui le rend visible à l'œil nu, à la surface du muscle ou dans sa profondeur.

L'enkystement est donc une guérison naturelle, car la trichine cessera désormais de provoquer autour d'elle un processus irritatif, les cellules néo-formées du périmysium se résorbent et tout se répare peu à peu.

Tous les muscles que nous avons examinés : diaphragme, intercostaux, biceps, jambier antérieur, triceps sural, masséter, etc., contenaient des trichines en grande quantité; mais, conformément au dire des auteurs, elles sont beaucoup plus

---

pas la foule des étudiants, et ne s'en plaignait pas. Il ne cherchait pas à enduire de miel les bords de la coupe dans laquelle il présentait la science obstétricale. S'il était question de créer une chaire de gynécologie, il émettait volontiers l'opinion qu'il n'en voyait pas la nécessité, car ses salles de l'hôpital des cliniques pouvaient recevoir beaucoup plus d'étudiants qu'il n'en venait.

∴

Le professeur Pajot occupe aujourd'hui la chaire de Depaul.

Au moment où j'allais essayer de *portraicturer* à la plume M. Pajot, j'ai réfléchi que ce serait là chose fort inutile, car tout le monde le connaît ou presque tout le monde, je parle de la génération actuelle, et pas seulement du monde médical, mais aussi du monde pharmaceutique et même du monde juridique qui a passé par Paris depuis ces derniers vingt-cinq ans. Voilà un professeur! Je dirai mieux, voilà un artiste, dans le bon sens du mot! Quelle mimique, et comme, après avoir entendu ou plutôt vu une seule de ses leçons, on comprenait bien ces vers d'Horace :

Segnius irritant animos demissa per aurem
Quam quæ sunt oculis subjecta fidelibus, et quæ
Ipse sibi tradit spectator . . . .

Le professeur dit deux mots : « On me fait appeler, j'arrive. » Ouvrez les yeux. M. Pajot de sa main gauche relève la manche droite de son habit, puis la manchette de sa chemise; il s'approche de la table, plonge son index dans un vase imaginaire qui doit contenir du cérat ou une huile également imaginaires. Il recule de quelques pas, s'approche dignement et doucement d'une *parturiente* invisible; il met le genou droit en terre, son regard se dirige vers le ciel; l'index droit suit une direction plus oblique, monte un peu, puis fait un léger et très lent mouvement de circumduction. Le regard de Pajot est toujours fixé vers les hauteurs de l'amphithéâtre. On finit par l'entendre ou plutôt par voir ses lèvres murmurer : *présentation de la tête, position occipito-iliaque gauche antérieure*.

M. Pajot se relève, essuie ses mains avec un linge dont personne ne saurait distinguer la matière première; il regarde son public avec un sérieux imperturbable et continue sa leçon verbalement pour recommencer une mimique tout aussi expressive quelques instants après.

Eh bien! il suffisait à un novice d'avoir assisté quelquefois à ses cours pour avoir moins d'embarras, en s'approchant d'une

abondantes dans le diaphragme. Nous n'en avons pas trouvé dans le cœur.

L'examen de la moelle, de l'humérus, ne nous a rien révélé d'important, non plus que celui des ganglions inguinaux et mésentériques. L'intestin grêle et le gros intestin ne contenaient dans leurs parois aucune trichine, ni même aucune trace d'inflammation. De même, le péritoine pariétal et viscéral est clair, lisse et transparent, aussi bien sur le diaphragme que sur les parois de l'abdomen. Il est en somme impossible, au cours de la septième et huitième semaine après l'infection, de retrouver dans l'intestin trace du passage des trichines dans les nombreuses préparations que nous avons faites.

Messieurs, nous avons laissé de côté et à dessein toute l'étude de l'histoire naturelle de la trichine, des phases successives de son développement dans l'intestin et dans les muscles. Nous n'avons pas davantage abordé le terrain de l'expérimentation, car toutes les questions qu'elle soulève dépassaient le but que nous nous proposions d'atteindre, ainsi que le temps et les moyens dont nous disposions.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Pronostic et traitement du cancer du sein. — Leçon de M. Ch. Monod, suppléant de M. le professeur Trélat, recueillie à l'hôpital Necker par le docteur Desnos, ancien interne des hôpitaux, et revue par le professeur Monod.

Suite. — Voir le numéro précédent.

Nous possédons au sujet de cette dernière phase de la maladie un document important, que je dois encore vous signaler. A l'instigation de Billroth, deux de ses élèves, Tœrok et Wittelshofer, ont fait le dépouillement de tous les procès-verbaux d'autopsie de cancer du sein, au nombre de 366, consignés dans les registres de l'Institut pathologique de Vienne, de 1817 à 1879. Ils ont essayé de se rendre compte ainsi de la fréquence relative des divers foyers de généralisation. Ce n'est pas là, comme vous le pensez bien, une simple question de curiosité scientifique. Il importe évidemment, dans les cas douteux, alors que l'on hésite sur l'existence d'une généralisation qui paraît cependant probable, de savoir vers quelle région ou vers quel organe l'on doit de préférence diriger ses investigations.

J'ai reproduit dans le tableau que je mets sous vos yeux les principaux résultats consignés dans ce travail.

220 fois sur 366 autopsies, des noyaux de généralisation furent trouvés en divers organes. Ils se répartissent comme suit :

Organes de la respiration.	
Plèvre viscérale et poumon	128 cas.
Plèvre pariétale	87 —
Poumons seuls	79 —
	294
Organes de la digestion.	
Foie	127 cas.
Péritoine	18 —
Rate	13 —
Estomac	8 —
Intestin	6 —
Pancréas	6 —
Epiploon	5 —
Vésicule biliaire	3 —
Canal hépatique	1 —
Organes génitaux.	
Ovaires	26 cas.
Utérus	17 —
Trompes	4 —
Vagin	2 —
Appareil urinaire.	
Reins	17 cas.
Capsules surrénales	6 —
Vessie	2 —
Uretère	1 —
Os.	
Crâne	33 cas.
Côtes (dont 26 par extension locale du mal)	31 —
Sternum (extension locale)	22 —
Colonne vertébrale	9 —
Bassin	9 —
Humérus (2 fractures spontanées)	5 —
Fémur (trois fractures spontanées)	3 —
Clavicule (extension locale)	3 —
Système nerveux.	
Dure-mère	25 cas.
Cerveau	22 —
Cervelet	10 —

femme en couches, que n'en aurait un débutant médecin très instruit qui n'a pas eu pour professeur M. Pajot.

* * *

Croirait-on que la chaire que Pajot vient de laisser à la compétition des jeunes a pour titre : « Chaire d'accouchements, des maladies des femmes et des maladies des enfants nouveau-nés »? Et pour tout cela il n'y a qu'un seul professeur, lequel ne fait son cours que trois heures par semaine, depuis Pâques jusque vers le milieu de juillet.

Quelques professeurs trouvent cependant qu'il y a assez (sinon trop) de chaires à la Faculté de Paris.

Bien entendu, ce sont des professeurs qui expriment cette opinion. Quant aux élèves, on ne les consulte pas. Si on leur adressait la parole, ce serait peut-être pour leur reprocher de laisser trop de places vides à l'amphithéâtre quand M. X... ou bien quand M. Y... fait son cours.

* * *

Mais on va me taxer de pessimisme...

Changeons de gamme.

Un de mes jeunes amis, revenant de son volontariat, me raconte un fait qui prouve la puissance thérapeutique de nos moyens actuels d'investigation pathologique.

Un fantassin est couché dans un lit d'hôpital militaire. Il a une pneumonie. Le volontaire d'un an a été chargé par le médecin-major de prendre la température axillaire du malade. Au moment où il relève les draps pour retirer son thermomètre, le fantassin, de son ton le plus suppliant :

« Laissez-le-moi encore un peu, je vous prie; je sens déjà que ça me fait du bien. »

Allez nier maintenant les bienfaits de la science moderne.

Dr Péter-Paul Somans

École de médecine de Reims. — Un concours s'ouvrira le 15 juillet 1884, à la Faculté de médecine de Nancy, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et pharmacie de Reims.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du dit concours.

Pie-mère	3	cas.
Moelle	1	—
Organes de la circulation.		
Péricarde (dont 2 par extension locale)	17	cas.
Cœur	4	—
Veine jugulaire interne	1	—
Tronc brachio-céphalique	1	—
Veine cave supérieure	1	—
Corps thyroïde	8	—
Œil	1	—

Ces résultats établissent à nouveau le fait, au reste déjà bien connu, de la fréquence, dans le cancer du sein, de métastases pulmonaires et hépatiques. En seconde ligne, mais à une assez grande distance, viennent celles qui frappent l'ovaire et l'utérus. Vous voyez d'autre part que, contrairement à l'opinion généralement admise, les lésions secondaires de la colonne vertébrale et de la moelle sont relativement rares. Je vous fais encore remarquer en passant la fréquence des fractures spontanées dans le cancer secondaire des os longs. Elles sont notées, dans le tableau qui précède, 5 fois sur 8 cas. C'est un fait clinique intéressant que je signale à votre attention, mais qui n'appartient pas spécialement à l'histoire du cancer du sein.

Après ces diverses étapes, dont la dernière est la généralisation et la cachexie, la mort survient.

On s'est demandé combien de temps, chez les malades non opérées, s'écoulait entre le début de la maladie et la mort. Oldekop, établissant une moyenne entre les résultats obtenus par Winiwarter et par lui-même, conclut que la durée de vie des malades abandonnées à elles-mêmes est de 29,6 mois. Elle ne serait pour Sprengel que de 27 mois.

Nons nous en tiendrons à ce dernier chiffre, qui nous paraît se rapprocher davantage de la vérité. Je vous prie de le retenir. Nous le rapprocherons tout à l'heure de celui qui exprime la durée moyenne de la vie des malades opérées. Il nons sera facile par là de voir si, à cet égard du moins, l'opération crée un bénéfice.

Nous sommes ainsi naturellement amenés au second point que je désire traiter avec vous, celui de l'opportunité et de l'efficacité de l'intervention chirurgicale. Nous avons à nous demander si elle est capable de prolonger la vie des malades; si elle ne pourrait pas même, lorsqu'elle est faite à temps, procurer une guérison radicale et définitive.

La réponse que vous entendrez faire à ces deux questions varie avec le tempérament, et je dirai volontiers avec l'âge des chirurgiens.

Les uns, jeunes, ardents à la lutte et confiants quand même, se refusent bien rarement à tenter l'aventure, espérant que leurs efforts ne seront pas à jamais infructueux. Les autres, plus âgés, plus sceptiques peut-être, conservant le souvenir de leurs nombreux échecs, lassés de compter avec des récidives inexorables, sont bien près d'abandonner la partie; quelques-uns, comme je l'entendais dire à un de mes meilleurs maîtres, soutiendraient volontiers que le cancer du sein ne doit pas être opéré.

Je crois pour ma part qu'il faut en appeler d'un jugement aussi sévère. La question mérite du reste d'être discutée froidement, non point à l'aide d'impressions personnelles toujours plus ou moins trompeuses, mais d'après l'ensemble des données fournies par la pratique des chirurgiens divers.

Tout récemment a paru, dans les Archives de Langenbeck, le travail d'un chirurgien d'Amsterdam, Korteweg, dans lequel sont brièvement et très catégoriquement exposés les arguments que l'on peut faire valoir contre l'utilité de l'intervention chirurgicale dans le cancer du sein.

Il soutient que l'amputation du sein est une opération grave dont la mortalité s'élève à 20 0/0; que les récidives sont fréquentes, presque inévitables, et surviennent en moyenne de 2 1/2 à 3 mois après l'opération; que les guérisons définitives sont par contre de très rares exceptions, leur proportion sur l'ensemble des cas opérés atteint à peine 6 0/0; que l'intervention enfin ne prolonge pas l'existence, que bien au contraire, laissées à elles-mêmes, les malades vivent en somme plus longtemps (3 mois environ) que celles qui ont été opérées.

Examinons la valeur de ces divers arguments.

Personne ne contestera, je pense, que, sur le premier point du moins, l'opinion de Korteweg ne peut être acceptée sans discussion. Je vous ferai remarquer tout d'abord que la proportion de mortalité qu'il indique et qu'il emprunte à Winiwarter ne s'applique, dans la statistique de ce dernier auteur, qu'aux ablations totales de la glande avec extirpation des ganglions axillaires. Or cette variété d'amputation du sein est de toutes la plus meurtrière. Le relevé suivant, dressé par Oldekop le démontre avec évidence :

	Mortalité :
Amputation partielle du sein sans aisselle...	6 0/0
Amputation totale du sein sans aisselle.....	1,9 0/0
Amputation partielle du sein avec aisselle....	9,1 0/0
Amputation totale du sein avec aisselle.....	13 0/0

Aucun autre auteur n'est arrivé à un chiffre moyen de mortalité aussi élevé que Winiwarter. Vous venez de voir que celui de Oldekop n'est que de 13 %. Dans la statistique de Sprengel, pour la même variété d'opération, amputation totale avec extirpation des ganglions axillaires, il tombe à 7 0/0. Si l'on veut soutenir, non sans raison peut-être, que les cas de Sprengel constituent une de ces séries heureuses, comme il s'en rencontre parfois dans la pratique chirurgicale, il faudra bien aussi reconnaître d'autre part que la série de Winiwarter doit compter parmi les plus malheureuses.

Küster, dans le travail dont je vous parlais tout à l'heure et où il ne tient compte que de sa pratique personnelle, arrive à un résultat moyen qui paraît exprimer plus exactement la vérité sur ce point controversé : 132 cas, 20 morts, soit en moyenne 15,15 0/0.

Ce chiffre est, à peu de chose près, celui que l'on obtient en établissant la moyenne des mortalités indiquées dans les grandes statistiques de Winiwarter, Oldekop, Henry et Sprengel. On voit qu'elles ont varié suivant les cas de 7,63 0/0 à 23,7 0/0, soit en moyenne 21,66 0/0.

Nous sommes donc en droit de conclure que la mortalité de l'amputation du sein pour cancer est d'environ 15 à 16 0/0. L'opération n'est par conséquent pas de celles dont la gravité soit telle qu'il faille de ce chef seul renoncer à l'entreprendre.

(A suivre.)

REVUE CRITIQUE

MALADIES DES REINS.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

Le chapitre II est un résumé de l'*urologie des néphrites*; il paraît moins complet au premier abord, car l'auteur n'a pu qu'y

donner des indications d'ordre très général, puisqu'il traite de l'urologie spéciale à chacune des néphrites dans les paragraphes qui concernent ces dernières. Mais M. Lépine le met tout à fait au courant de la science par trois notes importantes.

La première, toute chimique, indique, d'après les recherches récentes, les *procédés de dosage* des principaux éléments de l'urine. Irréprochable pour ce qui concerne l'indication et l'analyse des travaux, cette note aurait gagné quelque peu, je pense, si M. Lépine avait donné son opinion personnelle sur la valeur des procédés qu'il indique. Ainsi, je suis convaincu, pour ma part, que le dosage de l'acide urique par la précipitation à l'aide de l'acide chlorhydrique est le plus exact des procédés; que la méthode générale d'analyse proposée par M. Byasson (1), si ingénieuse qu'elle soit, n'est pas applicable dans sa technique actuelle; que le procédé de M. Richet pour doser en bloc les matières extractives n'a pas encore acquis la perfection qui permette de généraliser son emploi, etc. (2). Or, d'un autre côté, il est certain que M. Lépine n'aurait eu qu'à consulter ses registres de laboratoire pour trouver des arguments convaincants en faveur de telle ou telle méthode et imposer ainsi sa conviction à ses lecteurs.

Certes la deuxième note n'est même pas passible de cette légère objection; elle résume judicieusement les meilleures méthodes de *dosage de l'albumine* en général, ainsi que les moyens à l'aide desquels on peut différencier les diverses matières albuminoïdes de l'urine.

La troisième note est capitale; elle traite des *conditions pathogéniques de l'albuminurie* et soulève des questions d'une telle importance qu'elles ne peuvent être traitées dans les limites de cette revue. Je n'oserais dire que je partage absolument et sur tous les points les idées de M. Lépine; mais ce qui, à mon sens, doit être loué sans réserve, c'est la manière dont il conçoit la dyscrasie productrice d'un grand nombre d'albuminurics, et dont il apprécie la valeur de certaines recherches expérimentales qui, comme celles de Runeberg (3), ont menacé un instant de renverser bien des notions pathogéniques qu'elles auraient été impuissantes à remplacer.

Il est bien entendu que je ne veux pas combattre ici les expériences de Runeberg qui, en tant qu'expériences, sont difficilement attaquables; mais, avec M. Lépine, je pense que ces expériences *in vitro* éclairent peu le processus qui s'accomplit chez l'individu vivant; car, à côté de la question de *filtration*, il y a celle beaucoup plus importante de l'*irritation* des cellules des tubules par une albumine anormale ou par tout autre produit dyscrasique, que cette dyscrasie résulte de la présence dans le sang d'un élément étranger, d'un élément modifié, ou d'un élément normal quant à sa nature, anormal quant à sa quantité.

Les modifications de l'équilibre circulatoire jouent certainement leur rôle, mais celui-ci n'a pas la valeur compréhensive que certains auteurs ont voulu lui donner. Le rôle de l'altération histologique ou fonctionnelle du filtre rénal, celui de la dyscrasie, me semblent primer très sensiblement la question de circulation. D'ailleurs, comme le dit très justement M. Lépine, une telle analyse est presque schématique et sert uniquement à donner une idée de l'altération *princeps*, car bientôt tout cela va se confondre dans une lésion anatomique qui devient l'aboutissant des conditions dyscrasiques ou circulatoires originelles.

Incidemment, M. Lépine traite la délicate question de l'*albuminurie physiologique*, et là il se sépare de Bartels, pour qui l'albuminurie est dans tous les cas un phénomène pathologique. Je ne crois pas que la question soit assez mûre pour qu'on puisse la trancher définitivement, mais je n'hésite pas à réagir de toutes mes forces contre cette opinion actuellement dominante que *l'albuminurie est un phénomène des plus fréquents dans l'état de santé parfaite*.

On lit en effet dans des travaux récents (1) que l'albuminurie est constante chez des nouveau-nés au moins jusqu'au dixième jour, qu'elle se rencontre 44 fois sur 98 (Capitan), 76 fois sur 100 chez les adultes, 78 fois sur 100 chez les enfants de 6 à 14 ans! J'ai déjà démontré, il y a longtemps, que la première proposition était inexacte, puisque sur 27 nouveau-nés de 1 à 10 jours je n'ai jamais trouvé trace d'albumine, pas plus que chez 33 nouveau-nés de 11 à 150 jours (2). Si d'autres auteurs ne sont pas arrivés au même résultat, c'est probablement parce qu'ils n'ont pas pris le soin de choisir des nouveau-nés *absolument bien portants*. Et la chose est plus difficile qu'elle ne paraît, puisque pendant le cours de nos recherches, qui ont duré une année à l'hospice des Enfants assistés, Parrot et moi avons réuni à grand'peine une soixantaine de nouveau-nés âgés de 1 à 150 jours, auxquels l'étiquette de *santé parfaite* fût applicable.

Pour ce qui concerne les adultes, je ne saurais non plus souscrire aux chiffres cités plus haut; et si j'ai rencontré maintes fois de l'albumine chez des individus bien portants d'apparence, souvent aussi j'ai trouvé chez plusieurs de ces individus des circonstances morbides qu'un examen scrupuleux faisait seul déterminer. Aussi ne doit-on pas exagérer le domaine de l'albuminurie physiologique qui existe indubitablement, mais dans des proportions de beaucoup inférieures à celles que l'on tend à lui attribuer.

Le livre II du Traité de Bartels est consacré aux *maladies diffuses* des reins, dont voici, d'après lui, la classification: les hyperémies actives et passives, l'ischémie et ses suites (maladies des reins dans le choléra), l'inflammation parenchymateuse, la néphrite parenchymateuse aiguë des femmes enceintes, l'inflammation parenchymateuse chronique, l'inflammation interstitielle, la dégénérescence amyloïde.

Ayant expliqué tout à l'heure quel esprit avait présidé à la rédaction de ces chapitres, je me bornerai à dire quelques mots des cinq notes qui les complètent.

L'une est un résumé succinct mais lumineux de la question des *néphrites dites infectieuses*. Depuis Hueter et Tommasi, on a trouvé des microbes dans le rein dans le cours de maladies infectieuses, et Klebs a publié dès 1875 un mémoire capital, étayé sur des expériences et des observations cliniques (3); Markwald, puis Litten (4), ont plus récemment observé des

(1) Byasson. Journ. de pharm. et de chimie, juillet 1882.
(2) Etard et Richet. Soc. de biol., juin 1882.
(3) Runeberg. Arch. der Heilkunde, 1877 et Deutsches Archiv, Bd XXIII.

(1) Capitan. *Recherches expérimentales et cliniques sur les albuminuries transitoires.* Thèse de Paris, 1883.
De La Celle de Chateaubourg, Rendall, Thèses de Paris, 1883.
C. Ruge. Berl. kl. Woch., 1875, n° 39, p. 536.
(2) Parrot et Albert Robin. *Etudes pratiques sur l'urine normale des nouveau-nés.—Applications à la physiologie et à la clinique.* Arch. gén. de méd., 1876.
(3) Klebs. Arch. f. Exp. Path., Bd IV, 1875.
(4) Litten. Zeitschrift f. Kl. Medicin., Bd II, p. 452.

néphrites infectieuses dans les maladies septiques ou chez des animaux auxquels on avait injecté des substances putrides dans les veines. Par contre, Furhringer, Weigert (1) n'ont pas trouvé de microbes dans les reins de dix enfants morts de diphthérie infectieuse. D'autre part, tout le monde connait l'important mémoire de M. le professeur Bouchard sur les néphrites infectieuses et la présence de microbes dans l'urine (2).

M. Lépine croit sage de réserver encore l'avenir sur ce sujet : pour lui, en l'absence du corps de délit dans le rein *au moment de la mort*, les microbes dans l'urine n'ont de valeur démonstrative que si l'on prouve que ces microbes sont identiques à celui que l'on sait être l'agent de la maladie. Voilà des conclusions auxquelles tous les cliniciens se rallieront certainement.

La note suivante résume les travaux récents sur les principales lésions de la néphrite aiguë et notamment de la glomérulo-néphrite. On peut en rapprocher la note XI qui envisage les dernières recherches sur la maladie de Bright chronique (gros rein blanc), le rein blanc de volume ordinaire, le rein contracté primitivement et secondairement, le rein amyloïde.

Toute cette partie est à lire et à méditer, non pas qu'il s'en dégage dès maintenant une notion d'ordre absolu, mais parce qu'on y trouve condensés tous les matériaux à l'aide desquels on peut faire surgir la lumière qui doit éclairer définitivement les points encore obscurs. Et parmi ces aperçus nouveaux, il en est peu de plus importants et de plus originaux que les applications si fécondes que M. le professeur J. Renaut a faites de l'embryologie à l'histologie pathologique ; d'un autre côté, l'heureuse application faite par l'éminent histologiste de la doctrine de l'*œdème aigu* à la pathogénie du rein scarlatineux est certainement l'un des faits qui expliquent le mieux les modalités urologiques si curieuses de la scarlatine (3).

Par exemple, j'ai constaté bien souvent qu'au cours ou au déclin de la scarlatine, et quelquefois aussi dans la convalescence, les malades émettaient brusquement une urine très chargée d'albumine, au point que dans les vingt-quatre heures j'ai rencontré jusqu'à 3, 6,50 et 7,80 d'albumine ; vingt-quatre à quarante-huit heures après, la scène change, l'albumine disparaît complètement. Au microscope, pendant la période d'albuminurie transitoire, l'urine ne renferme ni sang, ni tubes, ni cristaux d'aucune sorte, mais seulement des globules blancs en quantité variable. La doctrine de l'œdème aigu rend merveilleusement compte de ce processus dont l'explication m'avait échappé jusqu'à la publication des recherches du professeur de Lyon. Fugace comme l'œdème aigu qui l'engendre, transitoire comme la lésion, l'albuminurie; commandée peut-être originellement par un état dyscrasique, suivra les fluctuations de l'œdème et deviendra définitive quand cet œdème aigu aura cré par sa persistance ou ses poussées successives un état anatomique permanent ; l'œdème aigu apparaît ainsi comme le premier acte anatomique de la *lésion rénale*, qui contribuera alors à entretenir l'albuminurie pour son propre compte.

C'est là un argument puissant contre cette théorie, par trop exclusive et déjà quelque peu démantelée que toute prolifération conjonctive du rein provient nécessairement de l'épithélium. La *cirrhose épithéliale* est loin de résumer en elle toutes les cirrhoses du rein. Le professeur Renaut a trouvé, dans la thèse d'Hortolès, que l'œdème chronique du rein aboutissait aussi à une prolifération conjonctive, et montré comment le délicat épithélium des tubules s'altérait sous l'influence connexe de la compression et de la stase sanguine dans les maladies du cœur. On sait aussi que la périartérite pousse souvent des prolongements dans le tissu conjonctif ; que l'ischémie et l'endartérite amènent secondairement dans les épithéliums des modifications notables. C'est pourquoi je me range à l'opinion de M. Lépine, quand il combat l'origine exclusivement épithéliale des cirrhoses du rein.

Le chapitre de la *dégénérescence amyloïde*, qui est un des plus cliniques du Traité de Bartels, réclamait peu d'additions, M. Lépine se borne donc à résumer les recherches de Kyber (1) sur la topographie de la dégénération, et les travaux des dernières années sur l'albuminurie d'origine amyloïde.

Bartels commet évidemment une exagération manifeste quand il avance que l'albuminurie ne saurait être regardée comme un symptôme constant de la dégénération amyloïde du rein. Il est incontestable que, dans quelques cas de dégénération amyloïde pure, l'albuminurie peut faire défaut, mais ces cas sont l'exception, et dans son très remarquable mémoire, M. I. Straus (2) me paraît avoir donné une explication très ingénieuse, fondée sur la topographie des lésions. Dans l'une des observations qu'il rapporte, l'absence d'albuminurie s'expliquait par l'intégrité relative des vaisseaux glomérulaires; et si le cas de Litten (3) échappe à cette explication, la difficulté peut être tournée, dit M. I. Straus, si l'on considère que les glomérules envahis étaient dégénérés en *totalité*, tandis que les glomérules épargnés jouissaient d'une intégrité parfaite.

J'en aurais bien long à dire encore s'il fallait résumer ici l'indication même sommaire de tous les problèmes que soulèvent le Traité de Bartels et les notes de M. Lépine ; mais j'espère que ce qui précède suffira pour donner une idée de cet ouvrage capital, fidèlement traduit par le docteur Edelmann, et qui constitue la monographie la plus intéressante et la plus complète que possède la littérature médicale sur la maladie de Bright, les néphrites et les sujets divers qui se rattachent à l'histoire de ces maladies.

ALBERT ROBIN.

(1) Weigert. VIRCHOW'S ARCH., Bd XCI, 1883. Voyez aussi Friedlander. FORTSCHRITTE DER MEDICIN, 1883, n° 3.
(2) Bouchard. REVUE DE MÉDECINE, 1880, p. 673.
(3) J. Renaut. *In* Hortolès. *Du processus histologique des néphrites*. THÈSE 1881.

(1) Kyber. VIRCHOW'S ARCHIV., Bd LXXXI.
(2) I. Straus. SOC. MÉD. DES HÔPITAUX, 1881.
(3) Litten. BERL. KL. WOCHENSCH., 1878, numéros 22 et 23.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Maladies des voies respiratoires

I. RECHERCHES SUR LE MICROCOQUE DE LA PNEUMONIE FIBRINEUSE ET SUR LA PATHOGÉNIE DE CETTE MALADIE, par le professeur SALVIOLI (de Gênes) et le docteur ZAESLEIN (4). — II. DES ABCÈS MÉTASTATIQUES DU CERVEAU, CONSÉCUTIFS A DES AFFECTIONS PRIMITIVES DES POUMONS, par M. NAETHER (5). — III. EMBOLIE ET PARALYSIE A LA SUITE DES IRRIGATIONS PLEURALES, par le docteur ESCHERICH (6). — IV. ÉTUDE SUR LES ACCIDENTS RÉFLEXES SURVENUS APRÈS L'OPÉRATION DE L'EMPYÈME, par M. H. DESPLATS (7). — V. TRAVAUX A CONSULTER.

SALVIOLI ET ZAESLEIN rappellent au début de leur travail que

(4) CENTRALBLATT FÜR DIE MÉDIC. WISSENSCHAFTEN, 1883, n° 41. 1883.
(5) DEUT. ARCHIV. FÜR KLIN. MEDICIN., t. XXXIII, fasc. 2, p. 169, 1883.
(6) MÜNCHER AERZTL. INTELLIGENSBL., 1883, n° 40.
(7) JOURNAL DES SCIENCES MÉDICALES DE LILLE, 1883, n° 20 et 21.

Klebs, Eberth, Koch, Friedlander, Leyden, en Allemagne; Marchiafava, Cambria et Griffini, en Italie, ont entrepris des recherches dans le but de découvrir, au sein des crachats des pneumoniques, des micro-organismes ayant des rapports de causalité avec la lésion pulmonaire de la pneumonie fibrineuse. Ces recherches n'ont pas donné de résultats satisfaisants, en ce sens qu'on n'a pas jusqu'ici découvert de micro-organismes se retrouvant d'une façon constante dans les produits d'expectoration des sujets atteints de pneumonie, et susceptibles de reproduire cette maladie par voie d'expérimentation.

M. Salvioli a repris ces recherches, qu'il a fait porter à la fois sur les crachats frais des pneumoniques et sur la sérosité recueillie à la surface du derme, à la suite d'applications de vésicatoires. Voici en quels termes il annonce les résultats obtenus :

1° Dans les crachats des pneumoniques, on a découvert constamment (14 cas) des coccus ovoïdes, analogues à ceux qui ont été décrits par Friedländer ; rarement ces coccus étaient isolés; plus souvent ils étaient groupés deux par deux; plus souvent encore ils étaient réunis par groupes de trois et de quatre;

2° Ces micrococques se montraient dans les crachats à partir du troisième jour de la maladie; leur nombre allait en augmentant jusqu'au sixième ou septième jour, c'est-à-dire jusqu'au moment de la résolution, pour diminuer ensuite et disparaître à partir du neuvième ou dixième jour. Toutefois, dans un cas où la résolution de l'infiltration pneumonique traîna en longueur, ces micrococques se voyaient encore dans les crachats au dix-septième jour;

3° La quantité des coccus paraît être indépendante de la gravité de la pneumonie et de l'intensité de la fièvre ; au moment de la défervescence, leur nombre augmente dans les crachats;

4° Ces mêmes coccus ont été rencontrés dans la sérosité obtenue à la suite d'applications de vésicatoires, et dans le sang des malades;

5° L'ensemencement de cette sérosité et du sang a permis de multiplier par voie de culture les coccus en question, doués des mêmes caractères que ceux qu'on découvre dans les crachats des pneumoniques;

6° Les crachats de sujets affectés d'autres maladies des voies respiratoires, ainsi que le sang et la sérosité des vésicatoires ne contenaient point de coccus semblables à ceux des pneumoniques.

De ces premiers résultats, M. Salvioli a conclu à l'existence d'un champignon spécifique en rapport avec la pneumonie commune.

Cela posé, M. Salvioli a tenté des expériences d'inoculation avec les produits de cultures (2°-6° culture) de ces mêmes micrococques ensemencés dans du bouillon. Ces injections ont été faites sur 7 lapins et 6 rats blancs. M. Salvioli a réussi à reproduire chez ces animaux les lésions de la peumonie franche. Injectés dans la plèvre, ces produits de culture donnaient naissance à une pleurésie fibrineuse; l'exsudat fibrineux renfermait les mêmes micrococques que ceux qui se rencontrent dans les crachats des pneumoniques. Des injections faites avec le bouillon de culture non ensemencé et soumis aux mêmes conditions de température n'ont donné que des résultats négatifs.

Voici les renseignements que donne M. Salvioli sur la technique de ces cultures, qui ont été faites par M. Zaeslein au laboratoire du professeur Maregliano (de Gênes). Comme milieux de culture, on a utilisé du bouillon de bœuf et de veau, de la gelée liquide préparée avec de la tête de veau, de l'extrait de viande, du bouillon de Pasteur, des mélanges de ces différents liquides. Pour les stériliser, on les exposait pendant deux ou trois heures à l'action d'une température supérieure à 100° (marmite de Papin). Les ensemencements étaient faits avec du sérum ou du sang recueilli sur les malades encore en vie. Les meilleurs résultats ont été obtenus avec les cultures faites dans du bouillon, à une température de 37°-39°.

Pour mettre en évidence les micrococques de la pneumonie, M. Salvioli recommande d'employer un mélange de brun de Bismarck et de violet de méthyle.

Incidemment, l'auteur mentionne une note récente de M. Glies George (1), qui a réussi également à cultiver les micrococques de la pneumonie sur des pommes de terre.

— M. Næther rapporte huit observations détaillées d'abcès métastatiques du cerveau, consécutifs à des affections des voies respiratoires. Voici dans quelles circonstances s'est produite cette complication relativement rare :

3 fois dans des cas de bronchectasie avec stase du produit de sécrétion, pneumonie intercurrente; dans un de ces cas, l'une des branches de l'artère pulmonaire était le siège d'une trombose;

1 fois dans le cours d'une bronchite chronique purulente, chez un sujet qui présentait une inoclusion du trou de Botal (2);

1 fois dans le cours d'une bronchite fétide avec tuberculose pulmonaire ulcéreuse;

2 fois dans des cas de gangrène pulmonaire, dont l'un était compliqué de bronchectasie;

1 fois dans un cas de fistule pleuro-pulmonaire consécutive à un empyème de vieille date.

M. Næther en se basant sur les faits en question, qui ont été recueillis à la clinique médicale de Leipzig, esquisse la symptomatologie, l'étiologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement des abcès métastatiques du cerveau, survenant dans le cours des affections des bronches, des poumons et des plèvres, et dont la nature embolique ne saurait plus faire de doute.

(A suivre.)

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

De la fièvre typhoïde, par le docteur Grellety. Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs, Paris, 1883.

M. Grellety semble avoir eu pour préoccupation principale de réunir dans son livre la plupart des travaux qui ont été publiés sur la fièvre typhoïde.

Ce but qu'a poursuivi l'auteur rend son travail sans aucun doute utile à consulter, mais il a le tort, à notre avis, de réduire trop l'ouvrage à une série d'analyses, les faits se succé-

(1) *In* British med Journal, n° 1,175, 1883.

(2) Dans une note additionnelle, l'auteur dit que vraisemblablement les observations d'abcès du cerveau consécutifs à de certaines malformations cardiaques, publiés par M. Ballet (Archives générales de médecine, 1880) se rapportent à la même catégorie que le fait relaté par lui.

dent sans que l'auteur montre le lien commun qui les unit; il ne suffit point de décrire à l'élève les lésions intestinales, les altérations de la rate, celles du foie, du rein, des muscles, des vaisseaux, les altérations cardiaques et pulmonaires, les altérations du sang, les lésions du système nerveux; encore faut-il lui montrer quelle est la loi qui préside à leur évolution, à leur existence ou à leur succession. La fièvre typhoïde, comme le dit l'auteur, est une maladie « *totius substantiæ* »; mais l'agent morbigène existe-t-il dans l'organisme avant l'état de maladie, attendant pour pulluler et manifester ses effets que l'organisme tombe en état de résistance morbide par la misère, les fatigues, etc., ou bien l'individu devient-il un malade dès que le principe infectieux a pénétré dans l'organisme? Et, s'il en est ainsi, comment pénètre le germe morbifique? quels seront les points primitivement envahis? existe-t-il dans la fièvre typhoïde des lésions primitives et des lésions secondaires? Tels sont les points, à notre avis, que l'auteur eût dû étudier, car il montrait ainsi comment les phénomènes se succèdent, s'enchaînent; il expliquait sans doute pourquoi certaines lésions sont plus fréquentes et plus précoces; il montrait du même coup l'ordre de succession, d'enchaînement des symptômes; il donnait à l'élève, puisque son livre est surtout adressé aux « jeunes élèves », une vue d'ensemble sur la fièvre typhoïde; il lui permettait de saisir en un coup d'œil rapide le tableau si vaste des manifestations de la maladie; il lui montrait en un mot la « maladie fièvre typhoïde », au lieu de lui exposer dans leur nudité des symptômes, des lésions, des données étiologiques : l'élève ne retient bien que les choses dont on lui donne la raison et dont on lui dit le pourquoi.

Après avoir admis que « l'existence » d'un agent morbifique « s'impose », l'auteur eût pu discuter si celui-ci appartient aux ferments solubles ou s'il ne réside pas plutôt en un élément figuré. et il eût pu exposer à ce propos les recherches de Kecklinghausen, Klein, Sokoloff, Letzerich, Eppinger, Fischer, Eberth, Klebs, Brautleck. Ces prémisses posées, un point venait naturellement à l'esprit : l'agent existe-t-il dans l'organisme, on n'y pénètre-t-il que pour créer la maladie et, s'il en est ainsi, quelle est sa voie d'introduction, pénètre-t-il avec l'air ou avec les aliments, avec les boissons? Selon Klebs, on le sait, la lésion de la muqueuse digestive serait toujours le fait primordial, même lorsque les germes sont apportés par l'air, car la déglutition de la salive entraîne toujours de nombreux micro-organismes qui viennent ainsi au contact de la muqueuse de l'intestin, d'où : 1° lésions intestinales précoces et presque constantes; 2° pénétration des organismes dans la muqueuse intestinale; 3° passage de l'agent morbigène dans le sang, adultération de celui-ci (maladie *totius substantiæ*); 4° lésions secondaires dans l'ordre chronologique (mais de l'essence même de la maladie) du côté des autres organes en contact avec un sang altéré (foie, rein, cœur, centres nerveux, etc.).

Mais puisque nous venons de citer des travaux allemands dans lesquels M. Grellety eût pu puiser des renseignements utiles, nous ne voulons point clore sans dire qu'il a un peu trop négligé ce qui se fait au delà du Rhin : il eût trouvé là de solides matériaux pour la confection de son livre dont nous ne saurions du reste trop recommander la lecture. Nous en avons donné la raison dans les premières lignes de cette analyse; inutile d'insister à nouveau.

Dr Derignac.

La fièvre typhoïde chez le cheval et chez l'homme, par le docteur Servoles, vétérinaire en premier. — Asselin et Cie, libraires-éditeurs, 1883.

Le travail de M. le docteur Servoles est une intéressante étude de *pathologie comparée*. L'énoncé du sujet suffit à lui seul pour faire prévoir le but que s'est proposé l'auteur, à savoir : le parallèle de la fièvre typhoïde du cheval et de la fièvre typhoïde de l'homme. L'ouvrage se trouve ainsi naturellement divisé en deux parties. Dans la première, le docteur Servoles étudie la maladie typhoïde du cheval au point de vue de son étiologie, de son évolution clinique, de ses lésions et de son traitement. Dans la seconde partie, rapprochant cause à cause, symptôme à symptôme, lésion à lésion, la fièvre typhoïde du cheval de la fièvre typhoïde chez l'homme, il arrive à conclure à l'analogie complète des deux affections.

Avant d'entreprendre cette analyse comparative, l'auteur a dû, au préalable, déblayer son terrain en quelque sorte, en bien préciser les limites, en séparant la *maladie typhoïde*, entité morbide, affection essentiellement une et nettement cyclique, des *aspects typhoïdes* que peuvent revêtir, chez le cheval comme chez l'homme, les affections les plus diverses.

Ce *départ* entre la fièvre typhoïde et les *états typhoïdes*, depuis longtemps effectué en pathologie humaine, n'était encore qu'ébauché en médecine vétérinaire, et ce n'est pas un des moindres mérites du travail de M. le docteur Servoles.

La description qu'il trace ensuite de la fièvre typhoïde chez le cheval pourrait s'appliquer de tous points à la maladie de l'homme. On dirait deux copies du même tableau. Partout l'analogie est manifeste, la ressemblance frappante à tel point que la comparaison semble inutile : mêmes conditions étiologiques, même évolution clinique, mêmes complications, enfin et surtout même courbe thermique avec ses trois stades classiques, mêmes lésions.

Il faut noter, cependant, à ce dernier point de vue, que si la tuméfaction, l'inflammation des follicules clos de l'intestin se retrouvent constamment à l'autopsie des chevaux morts de fièvre typhoïde, l'ulcération des glandes folliculeuses s'y rencontre beaucoup plus rarement que chez l'homme, à quelque période de son affection que l'animal ait succombé. Quoi qu'il en soit de ce léger point de dissemblance, l'analogie absolue des deux affections reste incontestable. Des deux côtés, la maladie se montre contagieuse, procédant par épidémies sévissant de préférence dans les centres d'agglomération. Certes, on pourrait conclure à l'identité de la fièvre typhoïde chez le cheval et chez l'homme si la transmissibilité d'une espèce à l'autre était démontrée. Malheureusement l'observation est à cet égard sinon négative, du moins silencieuse.

Quant à la nature de l'élément morbigène, elle reste toujours fort discutée, diversement interprétée par les auteurs et partant inconnue. S'agit-il d'un germe-contage? ou bien d'une auto-infection? etc.... C'est sans doute à l'expérimentation qu'il appartiendra de trancher un jour la question. Tel est le vœu que l'auteur dépose en terminant, et avec une grande ferveur, aux pieds des autels de la *médecine expérimentale*.

En somme, ce travail est consciencieux, élaboré avec une méthode rigoureuse et fait honneur à M. Servoles.

A. D.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

DES ARTHROPHYTES ET DE LEUR TRAITEMENT PAR L'ARTHROTOMIE ANTISEPTIQUE, par EDOUARD FIBICH. — Paris, Octave Doin, éditeur, 1883.

Ce travail, fait sous l'inspiration de M. Monod, constitue un bon chapitre sur les corps étrangers articulaires.

Les chapitres de l'anatomie pathologique et de la pathogénie y sont particulièrement bien traités, et l'auteur discute avec soin la théorie de l'origine traumatique en mettant en parallèle les récents travaux de Poucet (de Cluny) et les particularités anatomiques qui ont pu faire admettre jadis le point de départ traumatique.

Au point de vue du traitement, M. Fibich résume les nombreuses objections qu'on peut faire à la méthode sous-cutanée de Goyrand (d'Aix) et donne les statistiques de Larrey, de Barwell, de Bendorf et de Berthenson (d'Odessa).

Il conclut à l'arthrotomie antiseptique.

TRAITÉ DES OPÉRATIONS USUELLES, par LOUIS THOMAS, chirurgien en chef de l'hôpital de Tours. — Paris, A. Delahaye, 1883.

Ce volume fait suite à l'excellent *Traité de chirurgie d'urgence* publié par M. Thomas il y a quelques années et qui se trouve entre les mains de tous les praticiens.

L'auteur, dont chacun connaît le grand sens pratique, semble n'avoir eu d'autre but, dans ce modeste volume, que de donner le manuel opératoire d'une série d'opérations usuelles.

Mais, à la lecture de cet intéressant volume, on ne tarde pas à reconnaître que M. Thomas donne sous une forme concise et claire les indications opératoires dans chaque cas.

C'est donc à vrai dire un manuel d'indications opératoires fort utile à consulter. Un précis des opérations dentaires, rédigé par M. Cruet, fait encore suite à cet ouvrage.

Nous souhaitons à ce traité le même succès que le Précis des opérations d'urgence, et nous en conseillons beaucoup la lecture aux praticiens.

DE LA COMPRESSION DU NERF RADIAL PAR UN CAL VICIEUX, par M. MARTIN, docteur en médecine de la Faculté de Lille.

L'auteur a repris les observations connues d'Ollier, Trélat, Tillaux, Deleus, Veir Mitchell, et, s'appuyant sur les thèses de Chapoy, de Pasturaud et de Lablancherie en 1880, a résumé dans sa thèse inaugurale les connaissances actuelles sur cette question intéressante.

Il y ajoute un cas intéressant, tiré de la pratique de son maître le professeur Paquet.

Dans cette observation, le nerf radial était compris entre le périoste et le cal fort exubérant, et le malade, entièrement paralysé, récupéra après le désenclavement la totalité des mouvements.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE CHEZ LES CALCULEUX, par le docteur MULLER. — Thèse de Lille, 1883.

L'auteur a résumé dans un bon travail critique la question du traitement de la pierre.

M. Muller étudie successivement la lithotritie moderne, qu'il oppose à l'opération de Civiale, les divers procédés de taille, en insistant longuement sur la taille hypogastrique et ses avantages.

Il termine par un parallèle entre la taille et la lithotritie et donne, en s'appuyant sur la pratique de ses maîtres, les indications de chacune de ces méthodes.

PICQUÉ.

FORMULAIRE

POTIONS AU CROTON-CHLORAL POUR CALMER LA TOUX DANS LES CAS DE COQUELUCHE (*The Therapeutic Gazette, 1883*).

Rec. Croton-chloral		4 grammes.
Teinture de cardamome.	} àà	60 —
Glycérine		

M. s. a. Une demie cuillerée à thé toutes les quatre heures pour un enfant de deux ans ou au-dessous.

Ou encore :

Rec. Croton-chloral	4 grammes.
Teinture de belladone	8 —
Teinture de cardamome composée	60 —
Glycérine	90 —

M. s. a. Même dose.

E. R.

CHRONIQUE

NÉCROLOGIE. — Le docteur MENDEZ ALVARO, l'un des médecins les plus distingués de l'Espagne, est mort à Madrid, le 19 décembre dernier. Il était le doyen des hygiénistes, président de l'Académie royale de médecine, président et fondateur de la Société espagnole d'hygiène, directeur du journal EL SIGLO MEDICO, etc., etc.

Dix jours avant sa mort, ses admirateurs et ses amis lui avaient offert un banquet dans lequel il avait prononcé un discours résumant ses aspirations scientifiques et philanthropiques. Mendez Alvaro a beaucoup écrit. Dès 1835, il publiait un *Manuel d'auscultation;* en 1837, une *Étude sur la grippe.* Nous signalerons encore divers travaux sur l'hygiène publique, une étude sur la *Lèpre en Espagne* au point de vue de l'étiologie et de la prophylaxie, un petit travail relatif à l'histoire du journalisme médical et pharmaceutique en Espagne. De plus, Mendez Alvaro a traduit en espagnol bon nombre de livres français : la *Pathologie générale*, de Chomel; la *Clinique*, d'Andral; l'*Atlas d'anatomie*, de Masse; le *Traité des maladies des femmes*, de Fabre; l'*Anatomie générale*, de Marchesseau; le *Manuel d'hygiène*, de Foy; le *Traité des accouchements*, de Chailly-Honoré; le *Traité des maladies des yeux*, de Desmarres; la *Pathologie externe*, de Vidal (de Cassis), qu'il a enrichie d'annotations nombreuses. En collaboration avec son collègue du SIGLO MEDICO, le docteur Nieto Serrano, il avait donné un *Manuel de l'art des pansements*. On voit par là quelle a été l'activité intellectuelle de Mendez Alvaro et on se rend compte de l'influence qu'il a exercée sur les progrès de la médecine en Espagne, influence d'autant plus grande que Mendez Alvaro avait rempli de hautes fonctions publiques, alcade constitutionnel de Madrid en 1843, député aux Cortès à deux reprises, etc.

C'est le 21 décembre qu'ont eu lieu les funérailles de ce savant, de cet homme de bien, dont la perte a plongé dans le deuil toute l'Espagne scientifique.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Louis Girault (de Paris), décédé dans sa soixante-dix-neuvième année.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — MM. les candidats au cinquième examen de doctorat, nouveau régime (deuxième partie, clinique et anatomie pathologique), sont prévenus que l'épreuve d'anatomie pathologique portera, lorsque cela sera possible, sur une autopsie qui sera faite par les candidats au début de l'examen, à une heure de l'après-midi.

— Sont institués, pour une période de trois ans, aides d'anatomie de la Faculté de médecine de Paris, MM. Métaxas, Boiffin, Assaky, Phocas, Dumalix, Hamonic, Festal et Barbulée.

— MM. les docteurs en médecine qui désirent faire un cours libre à la Faculté, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1883-1884, sont priés de vouloir bien déposer leur demande dans le courant du mois de janvier, au secrétariat de la Faculté.

Cette demande doit contenir le programme du cours.

— MM. les professeurs Regnauld et Damaschino sont nommés

membres de la commission scolaire pour l'année scolaire 1883-1884. Cette commission se composera donc de MM. les professeurs Béclard, doyen de la Faculté, Bouchardat et Brouardel, assesseurs, Regnauld et Damaschino.

**

La Société de médecine légale a déclaré la vacance de six places de membres titulaires. Trois de ces places sont réservées à des légistes. Les candidats sont invités à faire parvenir leurs demandes dans le plus bref délai au secrétariat général, 7, rue Monsigny.

Décès notifiés au bureau municipal de statistique de la ville de Paris du vendredi 28 au jeudi 3 janvier 1883

Fièvre typhoïde 29. — Variole 2. — Rougeole 13. — Scarlatine 4. — Coqueluche 7. — Diphtérie, croup 56. — Dysenterie 1. — Erysipèle 7. — Infections puerpérales 2. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 59. — Phthisie pulmonaire 197. — Autres tuberculoses 5. — Autres affections générales 56 — Malformation et débilité des âges extrêmes 51. — Bronchite aiguë 36. — Pneumonie 79. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 26, — au sein et mixte 24. — Inconnu 5. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 106. — de l'appareil circulatoire 69. — de l'appareil respiratoire 80. — de l'appareil digestif 43 — de l'appareil génito-urinaire 13. — de la peau et du tissu lamineux 3. — des os, articulations et muscles 6. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 30. — Causes non classées 8. — Total de la semaine : 1017 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

La Géographie médicale (10e volume de la Bibliothèque des sciences contemporaines), par le docteur A. Bordier, professeur de géographie médicale à l'Ecole d'anthropologie.

Cet ouvrage contient 700 pages et est mis en vente au prix de 5 fr. broché.

L'auteur a fait dresser pour ce volume 21 cartes géographiques, qui, réunies en un cahier, se vendent 2 francs en sus du volume.

Pour la reliure, ces cartes peuvent être insérées dans le volume aux endroits indiqués, ou bien être conservées séparément.

Les exemplaires de la Géographie médicale, reliés en toile anglaise, avec les cartes intercalées dans les endroits utiles, sont du prix de 7 fr. 50.

Paris, librairie C. Reinwald, 15, rue des Saints-Pères.

Traité pratique des fractures et des luxations, par Fr.-H. Hamilton, chirurgien de l'hôpital Bellevue de New-York, traduit sur la sixième édition et augmenté de nombreuses additions par le docteur G. Poinsot, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, chirurgien des hôpitaux, 1 vol de xvi-1,292 pages avec 514 fig. — Prix : 24 fr. —Paris, 1884, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Clinique de l'hôpital des Enfants malades, par E. Bouchut, médecin de l'hôpital des Enfants malades, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, 1 vol. de 664 pages. — Prix : 8 fr. — Paris, 1884, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Etude sur le traitement du diabète, précédée de considérations sur la pathogénie et le diagnostic de cette maladie, par le docteur Souligoux, in-8. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart, Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION:
Rédacteur en chef : M. le Dr F. de RANSE;
Membres : MM. les Drs J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN;
Secrétaire : M. le Dr E. RICKLIN.

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

PATHOLOGIE MÉDICALE

Myélite chronique diffuse

(EXAMEN MICROSCOPIQUE DE LA MOELLE, DES DIVERSES PARTIES DE L'ENCÉPHALE, DES NERFS PÉRIPHÉRIQUES), par le docteur RAYMOND, agrégé, médecin de l'hospice des Incurables.

Suite et fin.—Voir le numéro 1.

EXAMEN HISTOLOGIQUE — *Moelle épinière et bulbe.* — Dans la moelle, comme dans le bulbe, les altérations pathologiques ne sont pas systématisées d'une façon régulière, mais elles intéressent à la fois, et les différents cordons blancs de la moelle épinière, et la substance grise de la moelle et du bulbe. Etendues à toute la longueur et à toutes les portions de l'axe spinal, les lésions histologiques présentent cependant des summums d'intensité dans certains points. Peu marquées à la région lombaire, plus avancées au niveau du renflement inférieur, ces lésions s'accentuent davantage à mesure que l'on s'avance vers la région dorsale, où elles atteignent leur maximum d'intensité.

A la partie inférieure du renflement cervical, les altérations inflammatoires sont encore considérables et elles se prolongent jusque dans le bulbe lui-même et ne disparaissent, ou du moins ne diminuent que dans les pédoncules cérébraux.

Moelle épinière — Substance grise. — A la partie inférieure de la région lombaire et dans le renflement, on n'observe qu'une multiplication d'éléments nucléaires autour des cellules nerveuses qui ont conservé leurs formes et leurs connexions normales. Les groupes cellulo-nerveux sont très nets et se distinguent très facilement. Dans les cornes postérieures, on trouve quelques cellules présentant un peu de pigmentation, mais sans déformation ou atrophie véritable.

Ce n'est que dans le haut du renflement lombaire qu'on commence à apercevoir des traces manifestes de sclérose dans la névroglie, des altérations régressives des éléments cellulaires tant dans les cornes antérieures que dans les cornes postérieures, la colonne vésiculaire et la substance gélatineuse.

Débutant par une infiltration de noyaux, la sclérose de la névroglie s'accentue par places, déterminant un épaississement des parois vasculaires qui, plus denses et plus colorées que les parties avoisinantes, tranchent sur le réticulum fibrillaire qui les environne et dessinent sur des coupes transversales de la moelle un réseau vasculaire très développé

A un grossissement plus considérable, on voit que cet épaississement des parois des capillaires de la substance grise s'accompagne d'une infiltration de noyaux dans la gaine et dans le tissu avoisinant.

On voit en même temps le réseau fibrillaire de la névroglie s'épaissir, se tasser au niveau des parties malades et des régions atteintes par la néoformation irritative.

Au milieu de ce tissu enflammé, les éléments nerveux ont participé, eux aussi, à l'inflammation des parties voisines. Ils présen-

FEUILLETON

NOTIONS SUR LES SUBSTANCES EXPLOSIVES D'INVENTION MODERNE ET SUR LES BLESSURES QU'ELLES PRODUISENT. (Extraits d'une conférence faite à la Société française de secours aux blessés le 23 mai 1883 par le docteur S. Pozzi, membre du Conseil.)

Suite. — Voir le numéro 1.

Tout récemment, M. le docteur Challan de Belval a communiqué à la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle un très substantiel rapport sur la formidable explosion de la cartoucherie de dynamite à la fabrique de Paulilles. Il a bien voulu me les communiquer avec une complaisance dont je le remercie.

Je vais vous en lire quelques extraits bien propres à démontrer la formidable puissance de ces explosions et en même temps la bizarrerie singulière de certains effets qu'elles produisent :

« Le 24 janvier 1883, vers trois heures de l'après-midi, une explosion formidable se fit entendre à une distance de dix kilomètres environ de l'usine de dynamite de Paulilles. On raconte que le maire de Saint-Genis, village à 15 kilomètres au moins, et au Nord-Ouest de l'usine, aurait été frappé, à ce moment, d'un bruit intense, qui aurait déterminé l'ébranlement des portes et fenêtres de son domicile, et qu'il se serait immédiatement écrié : « L'usine « de Paulilles vient de sauter ! » Plusieurs prétendent que l'explosion a été perçue à Argelès et même à Eloe, deux villages situés dans la plaine, au nord de Paulilles.

« Une seule baraque cependant avait sauté. Cette baraque en bois, longue de 8 mètres environ sur 4 de largeur, entourée sur tous ses côtés d'épais parapets en terre (dits *cavaliers*), recélait alors 17 ou 19 ouvriers employés à la fabrication des cartouches. Ce travail consiste à presser dans un tube en cuivre, à l'aido d'un entonnoir et d'un bourroir en bois, le mélange dénommé dynamite, à prendre ensuite le boudin ainsi formé et à l'enfermer dans un étui de papier parchemin qui constitue l'enveloppe de la cartouche.

« Dix-neuf personnes ont été tuées, les ouvriers qui travaillaient dans l'intérieur ou à proximité du local dans lequel s'est produite l'explosion ; il n'en est pas un seul qui ait échappé, pas

tent, sur des coupes transversales de la moelle durcie par le bichromate après coloration au carmin, une couleur jaunâtre et un aspect vitreux. Dans quelques-uns, on trouve encore la trace d'un noyau et une petite portion du protoplasma ambiant qui avait conservé ses propriétés et se colore encore faiblement par le carmin.

On trouve également, surtout dans les cornes antérieures, quelques cellules parvenues au dernier terme de la dégénérescence pigmentaire et réduites à une petite masse arrondie, fortement pigmentée et ne présentant plus traces de prolongements.

Cette dégénérescence des éléments cellulo-nerveux est assez avancée pour avoir diminué, dans des proportions considérables, les nombres de ces éléments, certains d'entre eux ayant complétement disparu et s'étant résorbés sans laisser de traces.

Cette diminution de nombre est surtout marquée dans la région dorsale de la moelle où on a peine à trouver sur les coupes, dans les cornes antérieures, trois ou quatre cellules nerveuses qui ne soient pas entièrement altérées.

La colonne de Clarke n'existe pour ainsi dire plus dans ce point et n'est plus représentée que par quelques amas de pigment et quelques masses jaunâtres et vitreuses.

Les autres éléments cellulaires des cornes postérieures ne sont pas épargnés et sont également frappés de dégénérescence pigmentaire ou vitreuse.

La substance grise, dans son ensemble, est fortement rétractée et réduite ; la moelle présente en ce point des dimensions beaucoup plus étroites qu'à l'état normal.

Ces altérations se poursuivent sans beaucoup s'affaiblir jusque dans le renflement cervical et même jusqu'au collet du bulbe où les cellules nerveuses des cornes antérieures deviennent un peu plus nombreuses qu'à la région dorsale, et l'on en trouve sur les coupes jusqu'à cinq et quelquefois dix, dont les lésions restent dans les limites des variations de l'état physiologique, mais il est impossible d'en trouver qui soient complètement saines.

Substance blanche. — Cordons antéro-latéraux. — L'épaississement des tractus fibreux, reliant la substance grise de la moelle à la périphérie, se prononce dès la région lombaire. Dans ce point, en effet, indépendamment des tractus fibreux qui sont sensiblement épaissis, on aperçoit, dans l'épaisseur de la substance et surtout vers les zones radiculaires externes, des tractus vasculaires très abondants, très bien dessinés sur les coupes par suite de l'augmentation d'épaisseur des parois vasculaires, phénomène que nous avons déjà noté dans la substance grise.

Les faisceaux de Turck ne restent pas indemnes et leur partie postéro-interne, plus immédiatement en rapport avec la substance grise, présente une infiltration de noyaux et des traces de sclérose que l'on voit se propager sur les bords de la substance grise et se réunir aux îlots de sclérose beaucoup plus nets de la zone radiculaire externe : comme si la lésion ayant primitivement débuté par la substance grise s'était étendue dans la substance blanche par continuité.

Autour de l'émergence des racines, l'infiltration de noyaux inflammatoires se prononce davantage encore et l'on aperçoit des éléments nucléaires jusque dans l'épaisseur des filets nerveux émergeant de la moelle.

Un autre fait à noter dans l'étude des tubes blancs des faisceaux latéraux est l'élargissement des cylinder-axis des tubes nerveux dans les parties les plus enflammées. Cette lésion, depuis longtemps signalée par MM. Charcot et Froman, n'est pas très prononcée, mais elle apparaît très nettement, quand on compare les cylinder-axis des parties atteintes avec ceux des parties avoisinantes restées saines.

Cette sclérose des cordons latéraux suit dans les différentes coupes la même marche que la lésion concomitante de la névroglie des parties grises ; elle se prononce de plus en plus à mesure que l'on se rapproche de la région dorsale et surtout du renflement cervical où elle est à son maximum.

Au niveau de ce renflement, la sclérose des zones radiculaires postérieures est extrêmement marquée et la prolifération interstitielle a réduit de moitié au moins le nombre des tubes que l'on trouve sous le champ du microscope dans une coupe transversale.

Dans le fond du sillon antérieur, la sclérose des faisceaux de Turck est également assez nette, bien que moins avancée ; il en est de même de la zone de sclérose en ceinture qui entoure la substance grise et s'étend des faisceaux antérieurs et du fond du sillon qui les sépare jusqu'au point d'émergence des racines postérieures.

Dans le voisinage du collet du bulbe, la sclérose des faisceaux antérieurs diminue un peu, et on ne voit persister la néoformation fibreuse que dans la zone radiculaire externe où elle reste aussi prononcée qu'à la région dorsale.

Cordons postérieurs. — Comme pour les cordons latéraux et la substance grise, presque pas d'altérations à la région lombaire, mais sclérose très prononcée à la région dorsale de la totalité des faisceaux blancs postérieurs, cordons de Goll et bandelettes externes.

Cette lésion s'étend jusqu'à la partie supérieure de la moelle et même se prolonge jusque dans les corps restiformes.

Cependant il est nécessaire de signaler qu'au niveau du renflement cervical, les cordons de Goll sont plus particulièrement atteints.

Bulbe. — On trouve, dans le bulbe et jusqu'à l'origine des pé-

---

un seul qui ait survécu. Tous ont été tués instantanément, pour la plupart réduits en menus débris projetés sur un espace de 150 à 200 mètres.

« Les catastrophes les plus terribles laissent debout quelques victimes qui échappent, meurtries et brisées, mais du moins vivantes. Ici, la mort instantanée, on peut le dire, pour tout être vivant qui se trouvait à portée du centre d'explosion. On raconte qu'un oiseau mort fut découvert parmi les débris de cadavres ; un autre, un moineau, vivait encore, mais paraissait paralysé, incapable de mouvement, bien que ne présentant pas de lésions apparentes. Il aurait été presque certainement foudroyé au passage par l'énorme déplacement atmosphérique résultant de l'explosion.

« Ce serait bien ici l'action que les anciens attribuaient au vent du boulet : une énorme condensation de l'atmosphère ambiante, une sorte de tassement subit de l'air, et par conséquent une compression instantanée à laquelle rien ne résiste.

« Il n'y a pas eu d'accident de voisinage, mais une véritable dilacération de tout ce qui se trouvait à proximité du centre d'explosion. Une étude des débris recueillis sur une distance de 200 mètres environ, autour de la baraque détruite, doit nous en donner une idée. Sept cadavres seulement ont conservé quelque forme humaine, quelques signes susceptibles de permettre un essai de constatation d'identité. Un homme seul est bien conservé, c'est le contre maître. Il fut trouvé la face contre terre, les bras étendus, la jambe et le pied droit rigides, en flexion légère sur la cuisse, dans la position, m'a-t-il paru, d'un individu qui cherche à fuir un grand danger, projeté comme une masse contre le remblai de terre qui, de ce côté, entourait la baraque. Il présentait seulement quelques ecchymoses, quelques excoriations superficielles de la face antérieure du corps protégé, bien évidemment, par l'épaisse couche de terre contre laquelle il avait été projeté. Mais il était presque complètement dépouillé de ses vêtements dont quelques restes présentaient des traces certaines de brûlure, bien qu'il n'y en eût aucun indice sur le corps ; ses chaussures, forts souliers sans clous, étaient encore à ses pieds. Le mollet droit avait été presque complètement arraché. On constatait, en outre, une plaie pénétrante de l'abdomen par projection d'un éclat de bois dans la région lombaire gauche. L'ouverture d'entrée mesurait 3 centimètres environ, et le décollement de la peau s'étendait, autour de cette ouverture, sur un périmètre de 15 à 20 centimètres.

doncules cérébraux, des altérations analogues à celles observées dans la moelle : dégénérescence de certains groupes cellulaires ; sclérose de quelques faisceaux, infiltration diffuse de noyaux.

Pyramides antérieures. — Au niveau de l'entrecroisement des pyramides, on voit les faisceaux antérieurs et les faisceaux postérieurs, au moment de leur entrecroisement, parsemés d'une quantité de noyaux inflammatoires, et après leur entrecroisement, on constate une sclérose des pyramides, sclérose au début il est vrai, qui frappe surtout la partie postéro-externe du faisceau pyramidal antérieur; on constate également la présence de corpuscules amyloïdes très abondants.

Cette sclérose se prolonge jusque dans la protubérance où elle disparait progressivemeot.

Pyramides postérieures. — Sur toute l'étendue des pyramides postérieures, on ne trouve qu'une prolifération des éléments de la névroglie, sans sclérose bien avancée.

Noyaux bulbaires. — On peut dire que dans presque tous, du moins ceux qui sont situés au-dessous du noyau d'origine du trijumeau, il existe de la dégénérescence des cellules et une atrophie de quelques-uns de ces éléments réduits à une masse granuleuse sans prolongements.

Quant à la répartition de ces lésions, d'une manière générale, les noyaux sensitifs sont plus fortement atteints que les autres.

Olives.— Dans les olives, toutes les cellules sont plus ou moins transformées; peu sont complètement détruites; mais la métamorphose vitrense régressive de ces cellules olivaires existant partiellement à l'état normal, on voit qu'il ne s'agit là que d'une lésion peu avancée.

Les noyaux juxta-olivaires internes et externes, les noyaux restiformes, les noyaux pyramidaux antérieurs, les noyaux antéro-latéraux, la substance gélatineuse de Rolando présentent des lésions analogues des cellules.

Noyaux d'origine des nerfs bulbo-protubérantiels. — *Noyaux du spinal et de l'hypoglosse.* — On trouve une assez grande quantité de cellules en voie de désintégration granulo-graisseuse et pigmentaire dans ces deux noyaux, principalement dans celui du spinal. Le noyau accessoire de l'hypoglosse est plus malade que son noyau postérieur, mais ni l'un ni l'autre n'ont une diminution bien notable dans le nombre des éléments qui les constituent.

Noyaux du pneumogastrique et du glosso-pharyngien. — Dans ces deux noyaux d'origine, le nombre des amas pigmentaires, vestiges d'une cellule détruite, est plus considérable que partout ailleurs, et la proportion des cellules atrophiées aux cellules saines est à peu près du dixième.

Le noyau du glosso-pharyngien est entouré surtout d'une ceinture inflammatoire de noyaux de la névroglie et cette infiltration de noyaux existe jusque dans les faisceaux radiculaires émergents.

La colonne motrice des nerfs mixtes semble un peu plus grêle qu'à l'état normal et les cellules moins abondantes; mais là, comme partout ailleurs dans le bulbe, il ne s'agit que d'une lésion au début.

Noyaux du facial et du moteur oculaire. — Noyaux très abondants autour de ces noyaux; peu d'éléments cellulo-nerveux, surtout dans le noyau inférieur du facial.

Noyaux de l'acoustique et du trijumeau. — Peu de chose dans les deux noyaux de l'acoustique et du trijumeau, si ce n'est un peu de dégénérescence pigmentaire des cellules, mais sans atrophie.

Cerveau. — Les coupes ont plus particulièrement été faites au niveau des centres moteurs.

Les circonvolutions cérébrales, à part la dégénérescence pigmentaire des grandes cellules, ont leur aspect à peu près normal. Il en est de même des ganglions centraux.

Nerfs périphériques. — Les tubes nerveux cutanés, étudiés par les procédés ordinaires (acide osmique et picro-carmin), n'ont pas présenté d'altérations bien manifestes, ce qui n'a pas lieu de surprendre, étant donné l'absence de lésions cutanées bien avancées, comme il est établi plus loin.

Muscles de l'éminence thénar. — Dans ces muscles, on trouve les lésions ordinaires signalées depuis longtemps dans l'atrophie musculaire d'origine nerveuse : disparition de la fibre musculaire, gaines sarcolemmatiques vides, noyaux assez abondants dans ces gaines, etc.

Nous avons essayé de rechercher si les faisceaux nerveux qui innervent les muscles étaient altérés comme ils le sont dans les affections cutanées d'origine nerveuse.

Nous avons pour cela employé le même procédé que MM. Leloir et Déjerine pour l'étude des lésions des nerfs cutanés : nous avons plongé un morceau de muscle atrophié dans la solution d'acide osmique à 1/100, mais nous avons reconnu sur des dissociations que cette méthode ne pouvait, dans ce cas spécial, donner de bons résultats, les gaines sarcolemmatiques vides, après coloration à l'acide osmique ressemblant assez à des nerfs dégénérés pour qu'il soit possible de les confondre.

Peau. — La peau de cette région a été examinée, et nous n'y avons trouvé que des traces d'inflammation légère, de dermite peu avancée, sans caractères bien tranchés.

Nous avons entrepris cette longue étude micrographique afin de nous rendre compte des altérations que le système

---

« Les liquides qui s'en échappaient ne permettaient pas de doute sur l'existence de lésions intestinales.

« D'autres projectiles, débris de bois et gros clous, avaient également pénétré la fesse et le creux poplité gauche. La rigidité cadavérique était très prononcée, les muscles paraissaient contractures; l'expression de la physionomie, à peine modifiée par sa projection contre terre, paraissait frappée de stupeur, mais non de souffrance; les pupilles étaient fortement dilatées, le regard fixe, dirigé en avant, et la bouche légèrement entr'ouverte.

« Tel est le seul individu rencontré entier; son corps était à 2 mètres à peine de la baraque. Sans doute l'autopsie complète eût permis de constater l'état des organes internes. Elle n'a pas été faite. De lui nous retenons seulement l'attitude, l'état de contracture musculaire et l'absence de brûlures de la peau.

« Le cadavre n° 2 est également reconnaissable. C'est le corps d'une jeune fille, trouvé à 6 mètres environ de la baraque. La nature des lésions constatées permet de supposer que cette fille n'était point enfermée dans la baraque au moment de l'explosion. En effet, le corps, à peu près entier, est étendu sur le dos, complètement dépouillé de vêtements, sauf de quelques lambeaux en partie brûlés, et dont l'adhérence plus intime au dos explique les brûlures qu'on y rencontre. Il présente un décollement complet du cuir chevelu arraché par lambeaux et des fractures nombreuses des os du crâne, une dilacération des muscles de la face et du bras droit, un arrachement du pied droit, avec fractures comminutives des os de la jambe, et, comme le précédent, une véritable rigidité.

« Un troisième cadavre, celui d'une jeune fille de quinze ans environ, a été trouvé dans le ravin, derrière le cavalier ouest, à une distance de 5 ou 6 mètres du centre d'explosion. Il a donc été projeté en hauteur, au-dessus du parapet, et est retombé brisé au fond du ravin. La face n'est plus qu'un lambeau de chair maculée, les muscles en ont été horriblement déchirés; un œil pend en dehors de l'orbite ; les os du nez, les os maxillaires sont brisés; les dents seules sont intactes et n'ont pas quitté leurs alvéoles. Les membres inférieurs sont complètement détachés du tronc par arrachement au niveau de la région lombaire; les vertèbres, les os iliaques sont fracturés en débris multiples. La masse intestinale, elle-même largement déchirée, s'échappe par une véritable éventration. L'avant-bras gauche est arraché au niveau du coude, les muscles du bras sont dilacérés, l'humérus est à nu sur une grande étendue

nerveux central, et en particulier l'ensemble des circonvolutions motrices et des ganglions centraux, présenterait. Nous ne sommes pas arrivés, pour le cas particulier, à des résultats bien satisfaisants. Peut-être, dans d'autres cas, serons-nous plus heureux. Il importe, en effet, de bien établir l'influence d'une destruction plus ou moins complète de la moelle, durant des années, vingt ans, trente ans et plus, sur l'état anatomique du cerveau et, partant, sur son fonctionnement.

CLINIQUE MÉDICALE

Cancer adénoïde du foie, par MM. Dérignac, chef de clinique de la Faculté, et A. Gilbert, interne des hôpitaux.

Le cancer du foie ne se présente point toujours avec des caractères identiques.

Ses symptômes peuvent être fort dissemblables, suivant que le cancer est primitif ou secondaire, généralisé ou localisé, borné au parenchyme ou étendu aux voies biliaires et aux vaisseaux.

A l'examen microscopique, les différences s'accusent encore : tantôt, en effet, il s'agit d'un cancer vulgaire (squirrhe, encéphaloïde, colloïde, etc.), tantôt d'un épithéliome cylindrique, tantôt enfin d'une variété spéciale qui prend naissance aux dépens des cellules hépatiques et à laquelle répond souvent la forme primitive ; c'est à elle que se rapporte l'observation suivante :

Vannier, Edouard, âgé de 40 ans, entre à la Charité dans le service de M. le professeur Hardy, le 26 octobre 1883.

Cet homme, dont le père est mort d'une affection du foie, dont la mère a succombé à des suites de couches, et dont cinq frères seulement sur douze sont vivants à l'heure actuelle, n'a jamais eu de maladies dans son enfance ; étant soldat, il prit en Afrique une dysentérie avec jaunisse qui dura six semaines environ ; il se rétablit et contracta l'habitude de copieuses libations d'alcool : il buvait jusqu'à un litre, un litre et un quart d'absinthe et de rhum chaque jour. Il se rappelle fort bien avoir eu à cette époque déjà des pituites, des vomissements glaireux le matin ; il dormait mal, et ces accidents auraient duré avec les libations jusqu'aux premières manifestations de la maladie qui le mène à l'hôpital ; à ce moment, il sentit le besoin de remplacer les spiritueux par les tisanes et le lait.

C'est au mois d'avril 1883 que le malade se sentit pour la première fois sérieusement atteint : il eut à ce moment des troubles dyspeptiques assez considérables pour le forcer à interrompre ses habitudes alcooliques; en juillet, il remarqua que son ventre augmentait notablement de volume; en août, il lui fut difficile ou impossible de se servir des habits dont il avait jusque là fait usage et à cette époque apparût une douleur presque continuelle siégeant dans la région hypochondriaque droite; puis le malade commença à dépérir, à perdre ses forces, son état d'émaciation contrastait déjà singulièrement avec son embonpoint d'autrefois.

Lors de son entrée à l'hôpital, le 26 octobre 1883, la maigreur est assez considérable, les téguments sont pâles, les conjonctives décolorées ; le malade accuse une perte extrême de forces.

Les troubles dyspeptiques, qui ont persisté dès le début, semblent s'accroître chaque jour davantage sans qu'il existe un dégoût particulier pour les aliments; les digestions sont assez pénibles, le ventre se ballonne et il apparaît après le repas une sorte de tension, de pesanteur épigastrique ; cependant il n'existe plus de vomissements, depuis que le malade a suspendu l'usage de l'alcool, il accuse seulement un peu de diarrhée, enfin des douleurs sourdes, continues, qui occupent la région du foie et s'irradient un peu en bas à la partie inférieure du ventre et en arrière dans le dos.

A l'inspection de l'abdomen on constate une voussure assez considérable à la région hépatique et dans la région épigastrique; la palpation et la percussion montrent à ce niveau la présence du foie. Celui-ci occupe en hauteur une étendue assez considérable; il remonte en haut jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus du rebord costal, il déborde en bas les fausses côtes de sept centimètres environ et s'étend jusque dans l'hypochondre gauche. L'organe ainsi augmenté de volume offre à la palpation une dureté assez considérable, on sent à sa surface la présence de petites saillies inégales, dures, résistantes; son bord antérieur a perdu son tranchant ordinaire; il est plutôt arrondi, irrégulier.

Nulle part la paroi abdominale ne présente trace d'œdème ni de dilatation veineuse sous-cutanée; il n'existe point d'ascite.

La rate, un peu augmentée de volume, est appréciable dans une étendue de cinq centimètres environ; la percussion à son niveau n'est point douloureuse.

L'estomac est un peu ballonné ; à l'anus, il existe de petites hémorrhoïdes.

Le cœur est le siège d'un léger souffle anémique à maximum au niveau de l'orifice tricuspide; il ne présente point d'autres altérations.

Les poumons paraissent sains.

Les urines, peu abondantes, sont chargées d'urates et renferment de l'albumine.

---

et cependant n'est pas fracturé. Des éclats de bois, de gros clous se trouvent fortement implantés dans la région dorsale, dont la peau tout entière présente de larges plaques de brûlure au deuxième degré, comme si elle avait été atteinte par un jet formidable de flamme ayant à peine eu le temps d'agir.

« A côté, à 4 mètres environ du centre d'explosion, se trouve la moitié inférieure du corps d'une autre jeune fille. Le tronc a été arraché et complètement détaché au niveau de la région lombaire; les vertèbres, les os iliaques ont été brisés. La jambe gauche a été arrachée par fracture du fémur au niveau des condyles; la masse musculaire de la face externe de la cuisse a été également arrachée ; le fémur est ainsi dénudé jusqu'à l'articulation coxo-fémorale.

« Le tronc d'un cinquième cadavre a été projeté par-dessus les parapets, à 9 ou 10 mètres du centre d'explosion.

» De cet informe débris, la cuisse a été presque complètement détachée par fracture intra-capsulaire du col du fémur. Le ventre, largement ouvert, laisse échapper la masse intestinale. Les seins, volumineux, n'ont pas été atteints; les membres supérieurs ont été complètement détachés au niveau des articulations scapulo-humérales. Les os du crâne sont brisés en nombreux morceaux; le cerveau a presque complètement disparu; les pavillons des oreilles sont à peu près intacts, sauf le lobule droit qui a été arraché. Les lèvres, les muscles de la face sont dilacérés et laissent apercevoir deux superbes rangées de dents, toutes solidement implantées dans leurs alvéoles. Les cheveux, qui, cependant, sont très longs, ne présentent, non plus que les débris examinés, aucune trace de brûlure.

« Etablir l'identité de pareils débris ne peut se faire, on le comprend, que par des parents ou des intimes. Quelques indices ont dû suffire et ont suffi pour permettre de donner des noms. Alors que la figure, comme sur le cadavre suivant, était à peu près conservée, les indices étaient certains ; mais il en a rarement été ainsi ; le plus habituellement, quelques vagues signes, la couleur et la longueur des cheveux, un débris de vêtement, ont seuls permis, aidés des renseignements fournis par l'examen médical, une identité probable.

« Toute la partie supérieure du corps d'une jeune fille de dix-sept ans, dont les cuisses et le bassin ont été complètement arrachés au niveau de la région lombaire, a été reconnue être la nom-

Les autres organes semblent sains.

Le 2 novembre commence à apparaître une légère teinte subictérique des conjonctives; les selles contiennent un peu de sang rouge, peut être dû à un flux hémorroïdaire.

Le 3 novembre, la teinte ictérique des conjonctives est déjà plus accusée, les urines contiennent de la biliverdine.

Il existe dans l'abdomen un peu d'épanchement ascitique; on aperçoit quelques dilatations veineuses sous-cutanées.

Le 8, l'ascite a déjà notablement augmenté, ainsi que la dilatation veineuse, il existe un peu d'œdème des membres inférieurs.

Le 12, l'ascite est considérable, l'œdème des membres abdominaux est très accusé, l'ictère a augmenté notablement, mais reste limité à la partie supérieure du corps; le malade accuse des douleurs assez vives dans tout l'abdomen, mais à maximum au niveau du foie; l'estomac est fortement dilaté et refoulé en haut au point de porter obstacle au jeu des poumons et du cœur, le malade est anxieux, un peu anhelant; son appétit est nul et il refuse de prendre quelque alimentation de crainte d'augmenter son ballonnement de l'estomac: cependant il se sent mieux quelques heures après l'application sur l'abdomen d'une couche de collodion élastique.

Le 13, l'administration d'une légère dose d'extrait thébaïque procure encore quelque soulagement. Ce jour même, le ventre est un peu diminué, les douleurs abdominales sont moins vives, la palpation est bien plus facilement tolérée, aussi l'on peut, tout à l'aise, constater à la surface du foie l'existence de saillies nombreuses, présentant une résistance assez considérable, on sent enfin le bord antérieur du foie qui est arrondi, un peu dentelé.

Le 14, l'état redevient inquiétant, le malade a rendu avec ses selles un demi-litre environ de sang noir.

L'ictère est très intense.

Les douleurs abdominales ont reparu et avec elles un léger mouvement fébrile.

Les urines contiennent beaucoup d'albumine et de biliverdine.

Le faciès s'altère de plus en plus, la langue est sèche, les gencives fuligineuses.

Le 20, l'œdème des membres inférieurs est considérable et l'ascite a augmenté encore; il existe sur la partie antéro-latérale droite de l'abdomen de larges plaques ecchymotiques.

Le 22, l'ascite a augmenté encore; la gêne respiratoire est telle que nous nous décidons, non sans peine, à la visite du soir, à pratiquer une ponction; nous retirons une litre de liquide, juste assez pour faciliter la respiration; nous tarissons d'autant plus volontiers l'écoulement que le liquide qui sort est sanguinolent depuis le moment où nous introduisons jusqu'au moment où nous retirons la canule.

Après la ponction, le malade respire un peu mieux.

Cependant l'ascite augmente dans les jours qui suivent; des vomissements surviennent et se montrent plusieurs fois par vingt-quatre heures; chaque jour les selles sont sanglantes.

Le 4 décembre, après un peu d'état syncopal, apparaît une selle abondante constituée uniquement par du sang.

Le 5, la mort survient dans le marasme le plus accusé.

AUTOPSIE. — A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule une quantité assez considérable, 5 litres environ, de liquide fortement sanguin.

Le foie occupe une large étendue de l'enceinte abdominale, pèse 2,900 grammes et présente 0m,31 en longueur et 0,20 en hauteur. La capsule de Glisson est notablement épaissie; le tissu hépatique est dur, résistant; l'organe à sa surface est parcouru de sillons très nets au niveau desquels le tissu conjonctif se montre assez abondant; le foie est parsemé presque uniformément partout de nodosités variables en volume de la grosseur d'un grain de millet à celle d'une lentille; les unes sont dures, d'autres plus molles; aucune ne présente de dépression à sa partie centrale. Leur coloration, en général, est jaunâtre, et dans leurs interstices on rencontre quelquefois des suffusions hémorrhagiques qui donnent au tissu une apparence rouge brunâtre.

Sur la coupe, le tissu hépatique se montre formé comme par un stroma aréolaire constitué par du tissu conjonctif limitant les tumeurs. Celles-ci ont pour la plupart une dureté assez considérable; certaines présentent cependant une mollesse extrême, presque de la diffinence.

Le foie, par son volume énorme, aplatit la veine cave dont néanmoins les parois ne présentent aucune altération, comme, du reste, les veines sus-hépatiques qui paraissent saines Du côté de la veine porte, au contraire, il n'en est point ainsi; ses branches, jusqu'au niveau du tronc à son origine, sont remplies d'un magma de consistance caséeuse, de coloration gris jaunâtre, qui distend à tel point le tronc de la veine par pression excentrique, qu'il aplatit et oblitère les canaux biliaires. Les ganglions du hile ne sont point altérés. *Au microscope*, les lésions de la veine porte (paroi et contenu), les lésions du parenchyme hépatique et du tissu conjonctif se sont montrées absolument identiques à celles que M. Sabourin considère comme caractéristiques de l'adénome et qu'il a si bien étudiées (1).

La *rate* présente une consistance normale ou à peu près; elle est légèrement augmentée de volume, pèse 275 grammes; l'*estomac*, l'*intestin*, sont fortement œdématiés et présentent de petites hémor-

(1) On les trouvera décrites dans l'observation publiée *in extenso* in BULLETINS DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE, 1883.

mée Marguerite Laval. Chez elle, la face ne présentait d'autre lésion qu'un arrachement de la joue droite sans fracture des os. Les membres supérieurs étaient intacts, sauf une perte de deux doigts de la main gauche. Les seins, la partie antérieure de la poitrine, la région dorsale, ne présentaient que quelques égratignures. Les membres inférieurs, très probablement, avaient été réduits en menus débris et dispersés au loin.

« Etrange bizarrerie que ces arrachements qui parfois intéressent les parties les plus solides du squelette, parfois sont limités aux parties molles et respectent les os, parfois occasionnent des luxations sans fractures, d'autres fois des fractures sans luxations, souvent isolent les tendons de leurs masses musculaires et les dissèquent en quelque sorte. C'est là ce que nous avons constaté sur les grandes portions de cadavres.

« On peut supposer que les corps des ouvrières qui ont subi le choc direct, de celles qui travaillaient le ventre en quelque sorte appuyé contre la table, ont été moins divisés que les corps des ouvrières un peu plus éloignées, mais subissant néanmoins l'effet de l'expansion des gaz produits par l'explosion.

« Ainsi, la tête d'une jeune fille arrachée au niveau des épaules a été trouvée sur la plage à 100 mètres environ de la baraque. Elle était reconnaissable; son corps, déchiré en nombreux morceaux, a pu être assez bien reconstitué; les bras, les jambes et le tronc étaient disséminés à 20 ou 25 mètres les uns des autres. »

Mais la dynamite ne produit pas seulement ces épouvantables dégâts qui réduisent le corps en débris. On peut aussi avoir à soigner des *blessures*, dans le sens ordinaire du mot, accessibles aux ressources de la chirurgie. A ce point de vue, on ne lira pas sans intérêt les détails suivants tout à fait inédits. Ils sont relatifs à deux explosions qui ont récemment ému l'opinion publique: celle qui a eu lieu en Belgique (affaire Métayer) et celle de Lyon (théâtre Bellecour). Je dois à M. le professeur Vleminckx (de Bruxelles) les renseignements sur le premier de ces faits; M. le professeur Lacassagne et M. le docteur Coutagne (de Lyon) ont bien voulu m'envoyer des notes inédites sur le second, qu'ils reçoivent mes remerciments.

AFFAIRE MÉTAYER. — *Extraits des rapports des docteurs Stiénon et Lebrun, médecins légistes*:

« A notre première visite (24 février)..... le pouls était tout à

rhagies sous-muqueuses ; les *reins* sont un peu gros, leur capsule est peu adhérente, leur substance médullaire un peu rougeâtre; le *cœur* présente une mollesse très grande, son tissu se laisse déchirer facilement; dans le *poumon* gauche, à sa partie supérieure, il existe un noyau induré tuberculeux; les *autres organes* (œsophage, vertèbres, etc.) ne présentent aucune altération digne d'être notée.

Le fait que nous venons de rapporter ne diffère par aucun trait essentiel des cas que M. Sabourin a rassemblés dans sa thèse. Nous n'avons pas cru cependant devoir lui appliquer la désignation d'adénome qui ne convient pas, selon nous, à cette variété de néoplasie. De la comparaison des différentes observations, il nous paraît résulter en effet que l'adénome du foie n'est qu'une des modalités de la carcinose hépatique, et que la dénomination générique de cancer est la seule qui lui soit logiquement applicable.

Voyons en effet ce que nous enseignent la symptomatologie, l'étiologie et l'anatomie pathologique de cette affection.

Symptomatologie. — C'est quelques mois, quelques semaines ou quelques jours avant l'entrée du malade à l'hôpital que se montrent les premiers symptômes de l'affection qui doit à brève échéance se terminer par la mort.

Des troubles dyspeptiques, du ballonnement du ventre, de la douleur dans l'hypochondre droit, ont à peine apparu depuis quelque temps que déjà l'amaigrissement se montre et que la perte des forces s'accuse. La physionomie du malade exprime la souffrance ; sa peau ridée offre une teinte bronzée jaunâtre qui a la plus grande analogie avec la teinte cancéreuse (1). Bientôt apparaît l'ascite qui ne s'accompagne pas en général de dilatation veineuse sous-cutanée abdominale notable ; elle est suivie rapidement d'œdème des membres inférieurs, de taches ecchymotiques ou de véritables suffusions sanguines qui occupent le plus souvent les membres abdominaux, le ventre, le scrotum, et qui peuvent aussi siéger aux membres supérieurs en des points non envahis par l'œdème. Puis des vomissements, de la diarrhée et quelquefois des hémorrhagies gastro-intestinales apparaissent.

Les téguments prennent une coloration jaunâtre ou jaune verdâtre. Enfin la langue se sèche, un léger mouvement fébrile s'établit, l'émaciation devient extrême, et le malade succombe dans le marasme, dans le collapsus ou dans le coma.

La durée de la maladie est de peu de mois et elle évolue avec tous les *symptômes d'une affection carcinomateuse du foie dont le cours a été précipité par l'oblitération de la veine porte et des voies biliaires.*

Étiologie. — Il est un fait qui éveille tout d'abord l'attention lorsqu'on parcourt les observations dites d'adénome hépatique : nous voulons parler de l'âge avancé des malades atteints habituellement; à cet égard, les dix-huit cas (1) que nous avons consultés se répartissent de la façon suivante :

Malades âgés de plus de	60	ans		=	9
—	50	à	60	— =	3
—	40	à	50	— =	4
—	30	à	40	— =	1
—	20	à	30	— =	1

L'adénome est donc surtout une affection de la vieillesse; sa fréquence augmente avec l'âge et atteint son maximum entre 60 et 70 ans. En cela, l'adénome se montre semblable au cancer et se sépare de la cirrhose dont la prédilection pour l'âge mûr est bien connue, et qui « présente sa plus grande fréquence entre 35 et 50 ans » (2).

Comment expliquer dans l'hypothèse de M. Sabourin (3), sui-

(1) Lancereaux, *Contribution à l'étude de l'hépato-adénome*, in Gaz. méd. de Paris, 1868

(1) Cette statistique porte sur les cas suivants : 1° Griesinger et Reindfleisch (1 cas); 2° Vulpian (1 cas); 3° Lancereaux (3 cas, y compris un cas observé dans le service de Grisolle); 4° Quinquaud (1 cas); 5° Kelsch et Kiener (2 cas): 6° Delaunay (1 cas); 7° Sabourin (2 cas); 8° Hayem et Gilbert (1 cas, publié dans la Revue de médecine, 1883, sous le nom de *Cancer primitif enkysté du foie* : l'adénome y est appelé cancer, la cellule adéonmateuse cellule cancéreuse; il s'agit donc, si l'on veut, d'un adénome partiel; l'extrême mollesse des noyaux néoplasiques ne permettant pas d'y pratiquer des coupes, ceux-ci n'ont été examinés que par dissociation, d'où la non-constatation du mode de groupement des cellules constituantes); 9° Dérignac et Gilbert (1 cas). Nous avons laissé de côté les cas douteux et certaines observations étrangères (Wilherk, Saltes, etc.), qu'il nous a été impossible de nous procurer.

(2) Jaccoud. *Path. int.*, 7e édition, 1883, t. III, p. 62.

(3) Sabourin. *Contribution à l'étude des lésions du parenchyme hépatique dans la cirrhose. Essai sur l'adénome du foie.* Thèse Paris, 1881, p. 56.

fait insensible; la paume de la main gauche était fracassée, surtout à son bord interne ; les os étaient brisés, les divers tissus déchiquetés; l'éminence thénar était seule épargnée. A la cuisse gauche existait une plaie plus considérable encore. Cette plaie s'étendait du grand trochanter jusqu'à 14 centimètres au-dessus de l'articulation du genou ; elle occupait toute la partie antérieure et externe de la cuisse. La peau était en partie détruite et se présentait en partie aussi sous forme de deux lambeaux triangulaires n'étant plus attachés que par leur base au côté interne. Les muscles étaient par places comme disséqués, à d'autres places comme arrachés, dilacérés, déchiquetés, surtout à la région externe, où se voyait une vaste cavité très profonde. Les vaisseaux principaux du membre étaient intacts, de même le nerf sciatique. »

Extrait du rapport d'autopsie : « .... Du côté du membre supérieur gauche, nous rencontrons tout d'abord la blessure que nous avons constatée pendant la vie et qui a été décrite dans notre rapport précédent. Nous constatons en outre sur l'avant-bras l'existence de cinq petites plaies contuses, toutes recouvertes, sauf l'une, d'une croûte sanguine. Le tissu cellulaire de toute la région interne de l'avant-bras, où se trouvent les plaies que nous venons de citer est le siége d'un épanchement sanguin, remontant jusqu'un peu au-dessus du coude. L'épanchement s'étend, mais d'une manière moins prononcée, à la face antérieure et un peu à la partie externe et postérieure du membre.

« Sur le membre inférieur droit, sur la face interne de la cuisse à environ 10 centimètres du genou, existe une petite plaie allongée, mesurant 1 × 2 millim., entourée d'une auréole bleuâtre, recouverte d'une petite croûte sanguine, avec légère suffusion sanguine sous-cutanée.

« Aux constatations faites sur le vivant pour la blessure de la cuisse gauche, nous devons ajouter que la peau de la partie postérieure de la cuisse est décollée dans une grande étendue. Nous constatons, en outre, au-dessus de cette vaste plaie, la présence de cinq meurtrissures, de forme irrégulière, recouvertes de petites croûtes sanguines, avec suffusion sanguine dans le derme. Au pourtour de toutes ces blessures, le tissu cellulaire sous-cutané est le siége d'un épanchement sanguin très marqué.

. . . .

« Fait à Bruxelles, le 23 février 1883. »

vant laquelle « l'adénome n'est qu'un accident dans l'histoire de la cirrhose hépatique », qu'il y ait une pareille discordance au point de vue de l'âge entre la cirrhose et l'adénome? M. Sabourin dit bien qu'il est convaincu que si l'on hachait littéralement les foies de cirrhose granuleuse, les cas d'adénome partiels deviendraient beaucoup plus fréquents qu'ils ne le sont en apparence. Ainsi se trouverait rétabli le parallélisme qui nous manque; mais cette hypothèse s'est-elle vérifiée?

Si l'on veut bien admettre avec nous que l'adénome est un cancer, que l'hépatite interstitielle n'agit que comme cause localisatrice de la diathèse carcinomateuse, en créant dans le foie un lien de moindre résistance, alors peut-être trouverait-on la solution du problème qui nous arrête.

Dans cette hypothèse, en effet, la cirrhose, comme en général toutes les causes occasionnelles de cancer, devient un agent important, mais non suffisant et non nécessaire. Elle n'est pas suffisante, et pour que la cause prenne naissance, il faut qu'il s'y ajoute une prédisposition héréditaire ou acquise qui, généralement, *se manifeste dans un âge avancé*. Elle n'est pas nécessaire et ainsi peut rentrer dans le giron de l'adénome le cas d'Hoffmann (*adénome sans cirrhose*) qui, dans la théorie de M. Sabourin, demeure inexpliqué.

Anatomie pathologique. — Les caractères anatomo-pathologiques de l'adénome ont été parfaitement décrits par MM. Kelsch et Kiener (1) et par M. Sabourin (2). A l'examen macroscopique, comme à l'étude histologique, le foie offre un aspect tout spécial, qu'il emprunte à la combinaison de deux processus distincts et superposés: la cirrhose et l'hyperplasie des cellules hépatiques.

Sans nous arrêter aux lésions du tissu conjonctif et à la disposition du parenchyme en cylindres et en nodules, rappelons en quelques lignes les modifications intimes que subissent les cellules hépatiques elles-mêmes. Elles augmentent de nombre, adaptent leur forme aux pressions qu'elles subissent et se présentent avec des dimensions variables; les unes deviennent très volumineuses, *deux ou trois fois plus grandes que les éléments normaux*, les autres conservent un calibre moyen; d'autres enfin se montrent plus petites que les cellules ordinaires; leur protoplasma finement granuleux, généralement dépourvu de pigment, *se colore plus vivement par le carmin*; elles renferment un ou plusieurs *noyaux gigantesques* ou de dimensions normales, dont le nucléole, quelquefois double, est volumineux et brillant. D'après ces détails, peut-on dire que « chaque élément a conservé son protoplasma fonctionnel », que « ces éléments sont véritablement physiologiques », que « ce sont des cellules hépatiques? » (1) Ne sont-ce pas plutôt des cellules cancéreuses? (2).

A une période avancée, ces cellules peuvent subir diverses dégénérescences (infiltration graisseuse, fonte granuleuse ou granulo-graisseuse, transformation colloïde), ainsi qu'on l'observe si fréquemment dans toutes les formes du cancer.

En même temps que le néoplasme dégénère sur quelques points, sur d'autres il pullule activement, et bientôt se trouvent envahis le système veineux et parfois le réseau lymphatique et les organes plus ou moins éloignés.

L'envahissement du système veineux, fréquent dans certaines formes du cancer du rein, est plus commun encore dans la variété de carcinome hépatique qui nous occupe. La veine porte et ses ramifications sont très rarement respectées par le néoplasme, au contraire du système veineux sus-hépatique qui reste presque toujours indemne.

Le mécanisme de la pénétration des cellules cancéreuses dans les veines du foie est encore discutable; il n'en est pas de même de l'évolution qu'elles y poursuivent. Il est indubitable, en effet, qu'elles s'implantent sur la paroi vasculaire, qu'elles s'y greffent, qu'elles y vivent et qu'elles y prolifèrent. Il ne peut donc être question de reflux mécanique des éléments néoplasiques dans la cavité des vaisseaux; il s'agit d'une véritable carcinose secondaire des veines du foie.

Bien plus rare, quoique non moins significatif, est l'envahissement des ganglions lymphatiques; on n'en connaît que

(1) Kelsch et Kiener. *Contribution à l'histoire de l'adénome du foie*, in Arch. de physiologie, 1876.
(2) Sabourin, *loc. cit.*

(1) Sabourin, *loc. cit.*, p. 87, 88.
(2) « Nous revenons ainsi à l'opinion ancienne de Lebert et de l'école histologique française, qui considérait la cellule comme étant la caractéristique du cancer, avec cette différence que nous regardons cette cellule, non pas comme un élément d'une espèce à part, mais simplement comme un épithélium qui ne diffère de l'épithélium normal que par des modifications secondaires. » Lancereaux, Anat. path., t. I, p. 459.

Affaire du théâtre Bellecour. — « Le 23 octobre 1882, vers une heure du matin, explosion (avec deux détonations) produite dans une des cases en forme de boxes qui sont situées à la périphérie du café-restaurant circulaire établi dans le sous-sol du théâtre; un projectile, constitué par un corps métallique auquel était attachée une mèche, avait été placé sur le sol bitumé du local en question, dont une des cloisons vola en éclats, ainsi que tous les objets qui y étaient contenus. Voici les détails sur les blessés :

« I. — Louis Miodre, 20 ans, employé de commerce, ayant aperçu brûler la mèche, s'est élancé pour l'éteindre et a été atteint par l'explosion. Il présente : 1° une fracture compliquée des deux os de la jambe droite au tiers moyen; 2° une plaie pénétrante du genou gauche; 3° plaie superficielle (4 cent. de long sur 2 de large) au niveau du sternum; 4° un grand nombre de petites plaies contuses sur le dos du pied gauche, dans l'aisselle et sur l'avant-bras du même côté; 5° à la face, petites plaies contuses formant un véritable semis produit par les parcelles du sol bitumineux; ecchymoses des paupières, pas de brûlures des cheveux.

« Il est admis à l'Hôtel-Dieu, service de Letiévant. — Extraction des esquilles de la jambe droite (l'une à 9 cent.); pas de projectile, non plus que dans le genou gauche; pansement listérien rigoureux après avoir régularisé à la pince de Liston les extrémités osseuses.

« Le malade souffre peu; peu de fièvre les jours suivants.

« Le 27 octobre au matin, élévation considérable de la température, gangrène gazeuse de la jambe droite (phlyctènes, crépitation sous-cutanée) Amputation de la cuisse presque au tiers supérieur. Dans la journée, subdelirium. Mort à dix heures du soir sans aucun amendement produit par l'opération.

« II. — Henri Thiriet, vingt-sept ans, employé au théâtre, blessé de plus loin que Miodre, présente deux blessures à la cuisse et à la jambe gauche; la supérieure est triangulaire (côté = 3 cent., bords noirâtres); pas de projectile resté; peu de douleurs; guérison rapide sans complications.

« III. — Marc Coinard, vingt-sept ans, petite plaie contuse, rouge vif, douloureuse à l'aine droite (dimension d'une lentille).

« IV. — Jean-Baptiste Pernelle, trente-deux ans : à la boite gauche, incision nette, comme faite à l'instrument tranchant, de 6 millim., correspond à une plaie sanguinolente de la malléole intérieure; plus deux plaies punctiformes de la jambe droite.

« — V. François Cart, dix-huit ans : plaie contuse, longue de

deux exemples : dans l'un (1), le néoplasme s'était propagé à un ganglion rétro-sternal ; dans l'autre (2), il avait envahi les ganglions du hile. Quelle est la cause de l'intégrité habituelle des ganglions dans la forme de cancer qui nous occupe ? Faut-il la chercher dans les modifications encore peu connues que la cirrhose fait subir aux vaisseaux lymphatiques du foie ?

Très rarement ainsi s'observe la généralisation à distance ; cependant, dans l'observation (IV) de M. Lancereaux (3), l'un des reins renfermait un noyau d'apparence cancéreuse, et dans son obs. V les parois de la vésicule contenaient des nodosités formées de cellules semblables à celles du foie. Le mode de propagation de l'adénome aux veines hépatiques explique parfaitement l'absence d'infection hors du foie par l'intermédiaire du système veineux. Il n'est pas douteux, en effet, que si les veines sus-hépatiques étaient souvent envahies, les embolies cancéreuses du poumon deviendraient de l'adénome aussi fréquentes qu'elles le sont dans le cancer du rein qui s'est propagé à la veine rénale.

Mais l'adénome, ainsi que nous l'avons dit, n'envahit guère que la veine-porte ; l'infection par le système veineux se trouve ainsi bornée au champ de la veine-porte lui-même, c'est-à-dire au foie ; « il nous paraît plus que probable que les éléments adénomateux migrateurs peuvent donner naissance à des tumeurs secondaires dans le foie lui-même » (4).

L'adénome poursuit donc l'évolution habituelle aux tumeurs malignes. Si l'envahissement ganglionnaire y devient rare pour une cause encore indéterminée, l'infection du système veineux s'y montre presque constante, et la généralisation du néoplasme dans le foie par le mécanisme de l'embolie vient témoigner hautement de la nature carcinomateuse de l'affection.

Les idées que nous venons de développer sont celles que depuis longtemps M. Lancereaux a défendues et qu'il a résumées dans la phrase suivante : « Je ne parle pas ici de l'adénome des glandes viscérales, telles que le foie et les reins : ce qui a été décrit sous ce nom se rapporte au carcinome, du moins la chose me paraît claire pour l'altération du foie à laquelle j'ai donné le nom d'hépato-adénome. L'âge où se développe cette affection, sa tendance à la généralisation et à l'envahissement du système veineux ne me semblent laisser aucun doute à cet égard » (1).

Nous croyons donc pouvoir émettre les conclusions suivantes :

I. L'adénome est un cancer du foie.

II. Il constitue une variété distincte de l'épithéliome cylindrique et du cancer vulgaire (squirre, encéphaloïde).

III. Il naît manifestement des cellules hépatiques et mérite par conséquent les dénominations de cancer glandulaire ou adénoïde.

IV. Il frappe presque exclusivement les buveurs, les cirrhotiques, et l'on peut supposer que la cirrhose l'appelle en créant dans le foie un lieu de moindre résistance.

(1) Lancereaux, *loc. cit.*, obs. II.
(2) Hayem et Gilbert, *loc. cit.*
(3) Lancereaux, *loc. cit.*
(4) Sabourin, *loc. cit.*, p. 84.

(1) Lancereaux, *loc. cit.*

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Maladies des voies respiratoires

I. Recherches sur le microcoque de la pneumonie fibrineuse et sur la pathogénie de cette maladie, par le professeur Salvioli (de Gênes) et le docteur Zaeslein (2). — II. Des abcès métastatiques du cerveau, consécutifs a des affections primitives des poumons, par M. Naether (3). — III. Embolie et paralysie a la suite des irrigations pleurales, par le docteur Escherich (4). — IV. Etude sur les accidents réflexes survenus après l'opération de l'empyème, par M. H. Desplats (5). — V. Les microcoques de la pneumonie, par M. Friedlander (6). — VI. La nature infectieuse de la pneumonie, par M. Mendelsohn (7). — VII. Travaux a consulter.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

— M. Escherich part de ce fait que, depuis que la pratique de la thoracentèse a été vulgarisée en Allemagne par Küss-

(2) Centralblatt für die médic. Wissenschaften, 1883, nº 41.
(3) Deut. Archiv. für klin. medicin., t. XXXIII, fasc. 2, p. 169, 1883.
(4) Münchner Aerztl. Intelligensbl., 1883, nº 40.
(5) Journal des sciences médicales de Lille, 1883, nºs 20 et 21.
(6) Fortschritte der Medicin, 1883, nº 22.
(7) Zeischrift für klin. Medicin, t. VII, fasc. 2, p. 178.

2 centim., peu profonde, douloureuse, au niveau de la base de la poitrine ; le lendemain de l'explosion, face grippée, pas de douleurs ; amélioration rapide.

« VI. — Koempen, propriétaire du restaurant du théâtre Bellecour, âge moyen, alcoolique, présente treize blessures disséminées sur le tronc et les membres ; on a extrait deux petits fragments de projectiles *métalliques* d'une plaie du gros orteil droit et du dos du pied du même côté. La plupart des blessures sont petites, mais quelques-unes sont très profondes, sans pénétrer heureusement dans les grandes cavités ; on note le diamètre de 4 centim. pour la plus grande. Douleurs assez vives.

« Malade soigné à domicile par le docteur Fochier ; guérison lente, complète aujourd'hui.

« Ces blessures ont présenté en somme une aréole hémorrhagique : Plusieurs avaient de la tendance à l'hémorrhagie, surface parfois vive, parfois noirâtre, douleurs peu constantes. Chez Koempen seulement, on retrouve des fragments métalliques ; le professeur Lacassagne fait jouer un assez grand rôle dans la production des plaies punctiformes à la projection de parcelles bitumineuses. Une seule mort, une guérison lente ; pour les autres, guérison assez simple.

« Il est probable qu'il y a eu d'autres blessés lésés d'une façon insignifiante. Pendant que j'examinais le lieu de l'attentat, le lendemain (ajoute le docteur Coutagne), une femme qui se trouvait là me fit voir une petite plaie contuse rougeâtre, insignifiante quoique assez douloureuse, qu'elle portait sur la rotule droite et que lui avait faite un fragment de corps projeté à plusieurs mètres. »

Avant de quitter cette série d'explosifs je vous donnerai quelques détails sur la poudre au bois pyroxylé (dite *poudre blanche),* où entre de la sciure de bois traitée par l'acide nitrique, et dont l'usage tend actuellement à se répandre (1). La poudre en question est un mélange de 30 centièmes de nitrate de baryte, de 5 centièmes de nitrate de potasse et de 65 centièmes de bois pyroxylé. Ce dernier composé s'obtient par des procédés analogues à ceux au moyen desquels on transforme le coton en fulmicoton, c'est-à dire en traitant la sciure de bois par

(1) Rapport sur la vente de la poudre au bois pyroxylé, par M. le professeur Jungfleisch (*Conseil d'hygiene publique*, août 1882).

maul, Fraentzel et d'autres cliniciens, on n'a pas porté autant d'attention qu'en France et en Angleterre, aux accidents mortels qui éclatent quelquefois au moment où on pratique le lavage de la cavité pleurale. L'auteur relate un exemple de ce genre de complications. Il s'agit d'un homme de 37 ans qui avait été traité une première fois dans le service du professeur Gerhardt (de Munich), au mois de juin 1875, pour une pleurésie purulente consécutive à une pneumonie. On lui fit l'opération de l'empyème et des lavages de la cavité pleurale avec un liquide antiseptique, lavages répétés jusqu'à trois et quatre fois par jour, et qui furent très bien supportés. Il en résulta une amélioration qui permit au malade de quitter l'hôpital et de se traiter chez lui Mais vers le mois d'octobre, le malade, dont l'état s'était aggravé, dût revenir à l'hôpital. Il s'était formé une nouvelle poche purulente, qui s'était ouverte dans la première. Nouveaux lavages de la plèvre, nouvelle amélioration. Déjà la poche avait notablement diminué de volume, à la suite d'injections astringentes, lorsque, du jour au lendemain, le malade vint en proie à une céphalalgie violente. Environ trois semaines plus tard, il fut frappé dans la rue d'une attaque apoplectiforme; il succomba au bout de cinq jours de souffrances. A l'ouverture de la cavité crânienne, il s'écoula un pus crémeux, provenant d'un abcès situé au-dessous de la dure-mère, à l'extrémité postérieure du lobe occipital gauche. D'autres abcès, du volume d'un pois, étaient disséminés dans l'hémisphère du même côté, à proximité du corps strié; un abcès du volume d'une noix ordinaire occupait la partie antérieure de l'hémisphère cérébelleux correspondant.

Escherich rappelle qu'en Allemagne Leichtenstern (1) a publié une observation analogue, et que Dusch (2) a relaté un autre fait où une embolie de l'artère pulmonaire se produisit pendant qu'on pratiquait des lavages de la plèvre, comme le démontra l'autopsie du sujet. Par analogie, on est en droit d'admettre que les abcès du cerveau, survenant dans les mêmes circonstances, sont d'origine embolique et causés par des thrombus qui se détachent sous l'influence des ébranlements que subit la plèvre, du fait des irrigations.

On observe aussi, au moment ou dans l'intervalle des lavages de la plèvre, des accidents nerveux passagers dont l'interprétation pathogénique prête encore matière à discussion. Les faits de cette nature ont été bien étudiés par M. Lépine; aux exemples publiés par le médecin français, M. Escherich en ajoute deux autres tirés du service du professeur Gerhardt. Le premier de ces faits a trait également à un cas de pleurésie purulente consécutive à une pneumonie. On fit au malade trois ponctions successives à des intervalles de 18 jours; chacune de ces ponctions donna issue à des quantités considérables de pus. Quatre jours après la troisième ponction, on se décida à pratiquer l'opération de l'empyème. C'était le 4 novembre 1881. Le 12 novembre, le malade se plaignait d'une faiblesse du bras droit (l'incision avait été pratiquée dans le sixième espace intercostal à droite). Le 6 mars 1882, le malade quittait l'hôpital avec les apparences d'une santé florissante; la parésie du bras droit s'était dissipée complètement. Fin mai, le malade fut repris de dyspnée, d'expectoration purulente; le 15 juin, il rentrait à l'hôpital; ses crachats étaient très fétides et renfermaient des bacilles de Koch. Le 20 juillet, nouvelle ponction de la poitrine, suivie d'un lavage de la cavité pleurale avec quatre litres d'une solution d'acide salicylique (3 pour 1,000). Dans la journée, le malade remarqua qu'il ne pouvait plus soulever son bras; il dut se servir de sa main gauche pour manger. Au quatrième jour, il ne restait plus de traces de la paralysie du bras droit. Le malade succomba peu de temps après. L'examen des centres nerveux n'a pas pu avoir lieu.

L'auteur s'abstient de toute explication théorique en ce qui concerne ces cas de paralysie. Il rappelle seulement que M. Lépine a vu, dans les accidents de cette nature, une paralysie réflexe, ayant son point de départ dans les nerfs intercostaux.

— M. Desplats a consacré une étude intéressante aux accidents de même ordre survenant à la suite de l'opération de l'empyème et dont il rapporte des exemples inédits. Pour le médecin de Lille, ces accidents ont une pathogénie complexe et pour la plupart ils sont attribuables à un empoisonnement (par le liquide servant aux lavages), à l'épilepsie ou à l'urémie. Comme conclusion pratique de ses recherches, M. Desplats recommande pour les lavages de la plèvre de veiller à la composition du liquide injecté, à la quantité injectée par rapport à la capacité de la poche, et à la force de projection du liquide.

(1) Deut. Archiv für klin. Medicin, t XXV, p. 325.
(2) Berliner klin. Wochenschrift, 1879.

---

l'acide nitrique. Il est loin cependant d'équivaloir à son poids de fulmi-coton; le bois ne renferme pas seulement de la cellulose, mais aussi d'autres principes qui ne subissent pas, sous l'influence de l'acide nitrique, les mêmes réactions que la cellulose; il résulte de là que la sciure de bois nitrée ne correspond comme teneur en dérivé nitrique qu'à de la cellulose binitrée.

La poudre au bois pyroxylé brûle avec une lenteur relative; elle détone un peu plus facilement par le choc que la poudre noire.

Cette dernière propriété constitue, au point de vue de la sécurité publique, un désavantage marqué. Le danger qu'elle fait courir est cependant bien faible à côté de celui qui résulte des décompositions spontanées que la sciure de bois nitrée est, comme tous les produits organiques nitrés, susceptible d'éprouver. En admettant même, contrairement à l'opinion établie, la parfaite conservation du produit bien préparé et sec, le moindre accident de fabrication, une imperfection dans le lavage du bois nitré, par exemple, peut déterminer l'altération et la combustion spontanée du mélange. C'est là une crainte que légitiment de nombreux accidents de ce genre; elle ne permet pas de considérer comme suffisantes pour l'emmagasinage et la manipulation de la poudre au bois pyroxylé les précautions peu sévères prescrites au commerce de la poudre noire.

La poudre au bois pyroxylé livrée aujourd'hui au commerce par la direction des poudres est de fabrication anglaise. Elle présente sur la poudre noire plusieurs avantages : elle fait peu reculer les armes, elle ne les encrasse pas sensiblement et surtout elle brûle sans fumée. Cette dernière propriété l'a fait rechercher spécialement pour le tir aux pigeons. Son usage permet, en effet, de faire succéder très rapidement un second coup de fusil au premier, l'atmosphère ne se trouvant pas obscurcie par la fumée de celui-ci, comme cela arrive lorsque la première détonation a été produite par la poudre de chasse ordinaire.

(A suivre.)

Légion d'honneur. — Par décret du 11 janvier, MM. Straus et Nocard, membres de la mission qui a été chargée d'étudier l'épidémie de choléra d'Egypte, sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur. Tout le monde applaudira à cette juste récompense décernée aux jeunes et savants compagnons du regretté Thuillier

— Cette revue était déjà composée lorsque nous avons en connaissance par M. Debove du travail tout à fait récent de M. Friedlander, dans lequel cet auteur expose les résultats de ses nouvelles recherches sur les microcoques de la pneumonie. Ces résultats peuvent se résumer dans les points suivants :

Les microcoques de la pneumonie sont entourés d'une capsule ou enveloppe de mucine, soluble dans l'eau et dans les solutions alcalines étendues, insoluble dans les acides, se colorant en bleu pâle au contact du violet de gentiane, en rouge au contact de la fuchsine; cette capsule n'est pas un dépôt formé par précipitation, mais un produit des manifestations vitales des microcoques.

Ces microcoques ont pu être cultivés dans des milieux de culture solide : sérum coagulé, préparé suivant la technique de Koch ; gélatine préparée avec une infusion de viande, de la peptone, du sel marin. Les cultures ont bien réussi dans ce dernier milieu.

Les produits de culture injectés dans le parenchyme pulmonaire chez neuf lapins n'ont pas développé de réaction morbide. Par contre, toutes les souris, au nombre de 32, auxquelles on fit des injections de ces mêmes produits de culture, ont péri dans un délai de 18 à 28 heures, après avoir présenté une dyspnée croissante. A l'autopsie, liquide trouble, muqueux et rougeâtre dans les deux plèvres; poumons fortement congestionnés, presque entièrement privée d'air, avec noyaux disséminés d'infiltration rouge. Le liquide des plèvres et le sang des animaux renfermaient des masses de microcoques semblables à ceux de la pneumonie.

Les expériences d'inoculation tentées sur des cobayes et des chiens ont donné des résultats moins constants ; de même pour les expériences d'inhalation.

Chez l'homme et chez différentes espèces animales, les microcoques de la pneumonie sont susceptibles de présenter des différences morphologiques.

— Le travail de M. Mendelsohn est une étude critique d'une réelle valeur, consacrée à l'examen des diverses circonstances qui plaident en faveur de la nature infectieuse de la pneumonie.

Travaux a consulter.

« Contribution à l'étude des pneumonies subaiguës et chroniques, » par E. Wagner. (*Deut. Archiv für Klin. Medicin*, t. XXXIII, fasc. 5, p. 441.)

— « De la cirrhose pulmonaire, » par Amburger. (*Ibidem*, p. 508.)

— « De la pression intra-pleurale et intra-pulmonaire dans les circonstances pathologiques, » par Schreiber. (*Ibidem*, p. 485.)

— « Du pneumo-thorax, » par Seifert. (*Ibidem*, t. XXXIII, fasc. 2, p. 157.)

— « De l'emploi des ponctions exploratrices pour le diagnostic et le traitement des épanchements pleurétiques, » par Frænztel. (*Charité-Annalen*, 1883, p. 289. — L'auteur s'élève contre l'abus des ponctions exploratrices.)

— « Du diagnostic différentiel des affections pleurales (pleurésie simple et pleurésie carcinomateuse), par Purjesz. — (*Ibidem*, fasc. 6, p. 616.)

— « De la propagation et de la formation du son, lors de la percussion du thorax, » par Ritter. (*Ibidem*, t. XXXIII, fasc. 4, p. 400.)

— « Etude sur la toux, » par Naunyn. (*Ibidem*, p. 423.)

— « De la pneumonie septique des nouveau-nés et des enfants du premier âge, » par Silbermann. (*Ibidem*, t. XXXIV, fasc. 3, p. 334.)

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Jahresbericht über die Fortschritte der Thier-Chemie, oder der physiologischen und pathologischen Chemie, par R. Prihram et R. Maly, 1 vol. in-8. — Wiesbaden. J.-F. Bergmann, 1883.

C'est le douzième volume de cette intéressante publication qui chaque année devient plus complète et par conséquent plus volumineuse. Dans le volume qui vient de paraître sont analysés les meilleurs travaux de chimie biologique parus en 1882. Chez nous, les analyses bibliographiques sont considérées comme une tâche d'ordre inférieur et confiées à des élèves ou à des débutants. Ici c'est le contraire, et des maîtres éminents ne craignent pas de se livrer à cette besogne qui ne peut être fructueuse qu'à la condition d'être faite par des individualités capables de juger ce qu'elles ont à vulgariser. C'est ainsi que ces petites revues, soigneusement étudiées, sont signées P. Furbringer, P. Giacosa, O. Hammarsten, E. Herter, Soxhlet, J. Stockvis, N. Zuntz, etc., c'est-à-dire par des auteurs universellement connus pour leurs beaux travaux.

J'ajouterai que cet excellent recueil paraît, jusqu'à présent, s'être inspiré de l'intérêt scientifique avant tout, et que les questions d'école ou de nationalité ne jouent aucun rôle dans sa rédaction, fait trop rare pour ne pas mériter une mention particulière.

Je signalerai, parmi les meilleures revues de ce volume, celles de Hammarsten sur les matières albuminoïdes, de Stockvis et Furbringer sur l'urine, et de Gruber sur la nutrition. Enfin la place accordée à la chimie pathologique et aux fermentations, tout en étant encore un peu restreinte, tend à augmenter depuis quelques années : en tout cas, la plupart des travaux de 1882 y sont indiqués ou analysés.

Cours élémentaire et pratique de biologie, par Huxley et Martin, traduit sur la dernière édition anglaise par F. Prieur. — Un volume in-12. Oct. Doin, Paris, 1884.

L'ouvrage de Huxley et Martin est un véritable livre de laboratoire. Les auteurs y exposent les caractères d'un certain nombre d'organismes végétaux et animaux, choisis comme types d'organisation. C'est une introduction à la zoologie systématique, et les étudiants peuvent y trouver des exemples des modifications de structure les plus importantes qui se rencontrent dans les deux règnes ; de là, une conception plus large des phénomènes de la vie et une base plus solide pour asseoir une science plus approfondie.

Les treize chapitres du livre envisagent successivement : la levûre, le protococcus, l'ambie, la bactérie, les moisissures, les chara, la fougère, la fève, le ruticelle, l'hydre d'eau douce, l'anodonte, l'écrevisse et le homard ; enfin l'ouvrage se termine par un traité complet de l'anatomie de la grenouille et par un appendice sur les divers réactifs utilisés en biologie.

Je ne ferai à cet excellent petit livre qu'une objection, c'est son titre : car ce n'est pas là, à proprement parler, un cours de biologie, mais plutôt une introduction pratique à l'étude de la physiologie.

Albert Robin.

FORMULAIRE

Pommade pour frictions dans les cas de névralgie intercostale.

Rec. Vératrine............ 0,10 centigrammes.
Chlorhydrate de morphine... 0,10 —
Cold cream.......... 5 grammes.

M. s. a. Faire chaque jour une friction sur la partie douloureuse, avec gros comme un pois de cette pommade.

Dans les cas de névralgie intercostale, les applications au pinceau faradique dispensent souvent de toute autre médication.

E. R.

CHRONIQUE

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Vignard, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes, décédé dans la nuit du 25 au 26 décembre dernier.

***

Facultés de médecine. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique en date du 31 décembre 1883, les professeurs des Facultés de médecine, des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie et des Ecoles supérieures de pharmacie désignés pour présider les examens d'officiers de santé et de pharmaciens, de sages-femmes et d'herboristes de deuxième classe dans les Ecoles de plein exercice et dans les Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie, se rendront aux époques déterminées par les sessions, dans chacune desdites Ecoles, quel que soit le nombre de candidats inscrits pour les examens.

Les directeurs des Ecoles de plein exercice et des Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie ne peuvent en aucun cas présider ces examens.

Les dispositions contraires au présent règlement, notamment les articles I, § dernier et 3 du règlement du 31 janvier 1874, sont et demeurent abrogées.

***

Faculté de médecine de Paris. — Les candidats à la chaire d'accouchements vacante par suite du transfert de M. le professeur Pajot à la chaire de clinique d'accouchements sont au nombre de cinq. Ce sont, par ordre alphabétique : MM. Budin, Charpentier, Pinard et Tarnier.

***

Banquet offert a M. le professeur Damaschino. — Vendredi soir 11 janvier, les amis et les élèves de M. Damaschino lui ont offert un banquet, dans les salons du café Riche, en l'honneur de sa nomination de professeur à la Faculté de médecine de Paris. Plus de cent vingt convives avaient répondu à l'invitation de MM. Letulle et Gilles de la Tourrette, commissaires du banquet. Nous avons rarement assisté à une réunion aussi cordiale et aussi gaie ; jeunes et vétérans, élèves et maîtres, se sont mis facilement à l'unisson pour exprimer leur joyeuse sympathie à l'ami dont on fêtait le légitime succès.

M. Gavarret a porté le premier toast au jeune professeur au nom de la Faculté et du Conseil supérieur de l'instruction publique.

MM. Letulle et Gilles de la Tourrette ont été les interprètes émus et éloquents des anciens élèves de M. Damaschino.

M. Henry Liouville a pris la parole au nom des camarades, des compagnons d'études du nouveau professeur ; il a rapporté une petite anecdote qui prouve en quelle estime M. Damaschino était tenu par ses maîtres et, par une digression heureuse, il a passé la parole à son voisin de droite, M. le sénateur Bardoux, ancien ministre de l'instruction publique et ami de M. Damaschino. L'improvisation de M. Bardoux, pleine d'esprit, de cœur et d'à-propos, a été vivement applaudie.

M. Damaschino a été des plus heureux dans sa réponse à ces toasts, à ces félicitations, et son discours a été fréquemment interrompu par les applaudissements.

« An toast univoque de mon cher Letulle, je réponds, a-t-il dit en finissant, par un toast multiple et non moins cordial :

« A mes jeunes élèves, dont je m'efforcerai de mériter l'affection persévérante ;

« A mes camarades, dont l'amitié, progressive comme ma fortune, m'a toujours accompagné de ses vœux jusqu'à la dernière étape inclusivement et, me restant fidèle, a doublé pour moi la joie du succès.

« A mes maîtres illustres, qui ont bien voulu élever jusqu'à eux l'humble disciple ; je leur dis sincèrement avec le poète :

Je ne vaux que par vous, si je vaux quelque chose

et je leur voue une reconnaissance qui ne finira point. »

Heureux les hommes, comme notre excellent confrère, dont les triomphes n'éveillent que des sympathies !

***

Faculté de médecine de Lyon. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, en date du 14 janvier 1884, la chaire d'anatomie pathologique de la Faculté mixte de médecine et pharmacie de Lyon est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

***

Ecole de médecine de Reims. — M. Moret, suppléant d'anatomie et de physiologie, est nommé professeur de physiologie, en remplacement de M. Décés, appelé à d'autres fonctions.

***

Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle du 3 janvier 1884, les médecins et pharmaciens militaires dont les noms suivent ont été désignés pour faire partie de l'ambulance destinée au corps expéditionnaire du Tonkin, savoir :

MM. Lejeune (Albert-Henri-Louis), médecin aide-major de 1re classe du 9e régiment d'artillerie ; Claude (Eugène-Raphaël), médecin aide-major de 1re classe du 14e régiment d'artillerie ; Lasserre (Jules-Honoré), médecin aide-major de 1re classe au 24e régiment d'artillerie ; Morand (Jean-Sylvain-Louis), médecin aide-major de 1re classe au 11e régiment de hussards ; Worms (Théophile), pharmacien-major de 2e classe à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, à Paris.

***

Le huitième congrès international des sciences médicales se tiendra à Copenhague, du 10 au 16 août prochain.

***

L'Académie médico-chirurgicale espagnole met au concours les deux questions suivantes :

1o « Influence des notions de la physique moderne sur nos connaissances actuelles en biologie ; »

2o « Indiquer les limites que l'existence des dyscrasies peut opposer à l'intervention chirurgicale ; »

Les mémoires, écrits en espagnol, en latin, en portugais ou en français, devront être envoyés suivant les formes académiques avant le 30 septembre 1884, date de la clôture du concours.

***

M. le docteur Legroux reprendra ses leçons cliniques à l'hôpital Laënnec, le mercredi 23 janvier, et les continuera les mercredis suivants.

Il traitera des *maladies d'évolution*.

— M. le docteur Gillet de Grandmont commencera son cours d'ophthalmologie à l'École pratique le mardi 5 février à huit heures (amphithéâtre no 3), et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

Projections lumineuses. Reproductions graphiques.

***

Société française d'ophthalmologie. — La prochaine réunion scientifique de la Société française d'ophthalmologie aura lieu lundi 28 janvier prochain, à neuf heures du matin, dans le local de la Société de chirurgie, 3, rue de l'Abbaye.

Décès notifiés au bureau municipal de statistique de la ville de Paris du vendredi 4 au jeudi 10 janvier 1883.

Fièvre typhoïde 21. — Variole 2. — Rougeole 19. — Scarlatine 4. — Coqueluche 12. — Dipthérie, croup 41. — Dysentérie 0. — Erysipèle 1. — Infections puerpérales 5. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 43. — Phthisie pulmonaire 197. — Autres tuberculoses 21. — Autres affections générales 72 — Malformation et débilité des âges extrêmes 57. — Bronchite aiguë 40. — Pneumonie 78. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 38, — au sein et mixte 19. — Inconnu 2. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 106. — de l'appareil circulatoire 79. — de l'appareil respiratoire 60. — de l'appareil digestif 56. — de l'appareil génito-urinaire 19. — de la peau et du tissu lamineux 5. — des os, articulations et muscles 11. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 39. — Causes non classées 9. — Total de la semaine : 1055 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Guide indispensable aux diabétiques. Le diabétique albumineux, la rate du diabétique. La cocythémie, par le docteur Blanchet, in-8. — Prix : 1 fr. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier.

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie, compte rendu du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre (pour 1881), par Bourneville, Bonnaire et Wuillamié, 1 vol. in-8 de 180 pages avec 18 fig. et 7 planches en chromolithographie. — Prix : 6 fr. — Paris, publication du Progrès médical.

Contribution a l'étude du non-cosmopolitisme de l'homme. La colonisation de la Guyane par la transportation. Etude historique et démographique, par J. Orgeas, médecin de la marine, in-8 de 112 pages. — Prix : 4 fr. — Paris, librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon.

Des formes cliniques de la tuberculose laryngée, pronostic et traitement, par le docteur A. Ducau, in-8 de 170 pages avec figures. — Prix : 4 fr. — Paris, librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon.

Recherches anatomiques et physiologiques sur le muscle sterno-cléido-mastoïdien, par le docteur O. Mauriac, 1 vol. in-8 de 60 pages avec 7 planches. — Prix : 3 fr. — Paris, librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon.

Vichy, Cusset et les eaux minérales, étude des eaux et de leurs propriétés, les modes d'action ; maladies traitées à Vichy, par le docteur Grellety, 1 vol. in-18. — Prix : 3 fr. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE** ;
Membres : MM. les Drs **J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN** ;
Secrétaire : M. le Dr **E. RICKLIN**.

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

CLINIQUE CHIRURGICALE

PRONOSTIC ET TRAITEMENT DU CANCER DU SEIN. — Leçon de M. Ch. MONOD, suppléant de M. le professeur TRÉLAT, recueillie à l'hôpital Necker par le docteur DESNOS, ancien interne des hôpitaux, et revue par le professeur MONOD.

Suite. — Voir le numéro 1.

J'en viens au second argument de ceux qui condamnent l'intervention dans le cancer du sein, à la grosse question des récidives. Nul n'en conteste la fréquence. Mais sont-elles absolument fatales ? N'est-il pas possible de voir le mal, à la suite d'opérations suffisamment larges et j'ajoute suffisamment précoces, cesser de se reproduire ? En d'autres termes, existe-t-il des cas où l'intervention opératoire a amené une guérison définitive et dans quelle proportion sont-ils ?

Korteweg ne nie pas la possibilité de ces faits heureux, mais il estime qu'ils sont d'une rareté telle qu'ils peuvent être négligés. Nos statistiques sont plus encourageantes.

Mais tout d'abord à quelle époque une opérée du cancer du sein peut-elle être considérée comme définitivement guérie ? On s'accorde à considérer comme telles les malades qui, revues trois ans après l'opération, vivent encore au bout de ce temps sans présenter de récidive, ou meurent, mais d'une affection étrangère à celle pour laquelle elles ont été opérées.

Il est rare que ces conditions d'observation à longue échéance puissent être réalisées. Dans les relevés d'Oldekop, 43 malades seulement ont pu être suivies pendant une période de trois ans, 23 d'entre elles étaient sans récidive ; quelques-unes ont survécu 4, 5 et 6 ans ; c'est une proportion de 11,7 pour 100 sur l'ensemble des faits recueillis par cet auteur.

Sprengel arrive à peu près au même chiffre. Il fait remarquer de plus que les guérisons définitives peuvent s'observer dans les cas les plus graves comme dans les plus légers, dans ceux où la peau est déjà ulcérée, les ganglions volumineux, la tumeur adhérente, comme dans ceux où la glande est seule malade. La proportion est cependant beaucoup meilleure pour ceux-ci que pour ceux-là. En effet, sur 29 cas, dans lesquels les ganglions n'étaient pas pris, il y eut 6 guérisons définitives ; tandis que, sur 102 malades opérées après envahissement de l'aisselle, 9 seulement demeurèrent sans récidive.

Les résultats obtenus par Küster, grand partisan des amputations totales avec toilette exacte du creux axillaire, paraissent meilleurs encore que les précédents. Sur 60 malades opérées et revues, il a 13 guérisons, soit, dit-il, 21,66 0/0 guérisons définitives. Mais il serait plus exact d'établir cette

FEUILLETON

NOTIONS SUR LES SUBSTANCES EXPLOSIVES D'INVENTION MODERNE ET SUR LES BLESSURES QU'ELLES PRODUISENT. (Extraits d'une conférence faite à la Société française de secours aux blessés le 23 mai 1883 par le docteur S. Pozzi, membre du Conseil.)

Suite et fin. — Voir les numéros 1 et 3.

SEPTIÈME SECTION.

PANCLASTITES.

L'inventeur, M. Turpin, désigne sous le nom de *panclastite* (πᾶν, tout, κλάω, je brise), non pas un explosif déterminé, mais toute une famille d'explosifs ; le nombre des préparations qu'il range sous cette dénomination pourrait être indéfiniment accru.

L'idée mère de son invention est la suivante (1) : L'hypoazotide, appelé aussi « peroxyde d'azote » ou « acide hypoazotique », est aisément liquéfiable ; il constitue alors un liquide jaune rougeâtre, bouillant à 22 degrés. Ce corps est riche en oxygène, et, de plus, la destruction en ses éléments s'effectue avec dégagement de chaleur ; il se trouve donc dans des conditions favorables pour servir comme agent comburant à des combustions rapides. Si on le mélange avec une substance organique, dans des proportions telles que l'oxygène qu'il renferme soit en quantité suffisante pour brûler complètement les éléments combustibles de cette substance, la préparation obtenue se conduit comme les explosifs à base de composés organiques nitrés. Au contact d'un corps en combustion, il s'enflamme et brûle régulièrement avec une flamme plus ou moins éclairante, variable avec la nature du corps combustible, tandis que sous l'action d'une amorce il donne lieu à une explosion presque toujours fort énergique.

Ces quelques mots suffisent pour montrer la variété des produits explosifs que l'on peut ainsi obtenir avec l'hypoazotide, surtout si on ajoute que ce dernier, à l'état liquide, se conduit comme un corps doué d'affinités relativement peu énergiques et dissout un grand nombre de matières organiques. Il est miscible notamment

(1) Ces notions théoriques sont empruntées au remarquable rapport présenté au préfet de la Seine le 30 janvier 1883, au nom du Conseil d'hygiène publique et de salubrité, par M. le professeur E. Jungfleisch.

proportion, comme l'a fait Oldekop, d'après la somme totale des opérées (132), et non pas seulement d'après le nombre de celles qui ont été revues trois ans plus tard (60). Le chiffre proportionnel des guérisons définitives tomberait ainsi à 9,84 pour 100. C'est à peu près celui d'Oldekop et de Sprengel.

Il est clair, que parmi les opérées *non revues*, il y a sans doute quelques guérisons demeurées inconnues; mais en pareille matière il est plus sage de rester en deçà que d'aller au delà de la stricte vérité.

Dans bon nombre des cas où la guérison a été ainsi obtenue, les malades ont dû subir une seconde, parfois une troisième opération, avant que le succès ait pu être considéré comme assuré. C'est toujours alors à partir de la deuxième opération pratiquée que doit compter la période de trois ans pendant laquelle aucune manifestation nouvelle ne se produit.

Que conclure de ces faits, sinon que, dans certains cas, le cancer du sein opéré ne récidive pas, ou du moins qu'il est certaines récidives dont il est possible de triompher par des opérations successives?

Dans l'une et l'autre circonstance, on obtient donc une guérison définitive. Quelque faible que soit la proportion de ces cas heureux, l'existence d'un seul d'entre eux suffirait à justifier l'intervention chirurgicale.

Nous essayerons de préciser tout à l'heure les conditions dans lesquelles cette intervention doit se produire et comment elle doit être conduite pour lui assurer les plus grandes chanches de réussite.

Je n'ai plus pour le moment, pour compléter ce que j'ai à vous dire sur les récidives dans le cancer du sein, qu'un mot à ajouter sur l'époque à laquelle, lorsqu'elles doivent se produire, elles apparaissent habituellement.

J'ai à ce sujet encore des chiffres intéressants à vous citer. Winiwarter et les auteurs qui l'ont suivi se sont particulièrement occupés de ce point. Voici d'abord les résultats obtenus par Winiwarter : dans 27,4 0/0 des cas recueillis par lui, la récidive s'est produite avant la cicatrisation de la plaie; dans 38,4 0/0, au cours du premier mois qui a suivi l'opération; dans 34,1 0/0, après le premier mois, et dans ces derniers cas habituellement avant la fin du troisième. Si l'on tient compte de la somme totale des récidives, on voit que 82,4 0/0 fois le retour du mal s'est produit dans le premier trimestre post-opératoire. Il reste 11 cas dans lesquels la récidive ne s'est manifestée que le 11e ou le 12e mois, et enfin 5 cas où elle a été retardée jusqu'à 18 mois (2 cas), 2 ans (2 cas), et 3 ans 1/2 (1 cas).

Oldekop conclut de ses recherches que, dans la moitié à peu près des cas (46,4 0/0), la récidive se produit dans les trois premiers mois qui suivent l'opération. La proportion va ensuite en diminuant. Après la première année, elle n'est plus que de 16 0/0. Comme Winiwarter, il n'a qu'un seul cas où elle s'est produite après trois années révolues.

Sprengel arrive à des chiffres à peu près semblables; la majorité des récidives se produit pour lui dans les six ou douze premiers mois.

En somme, on trouve dans l'étude de ces chiffres la confirmation de cette remarque déjà faite depuis longtemps, à savoir que la récidive du cancer du sein se produit habituellement de bonne heure, très rarement au delà de la première année qui suit l'opération. Aussi peut-on dire avec Volkmann que, au bout d'un an écoulé sans récidive, on peut commencer à espérer qu'elle ne se produira pas; au bout de deux ans, la guérison définitive est probable; au bout de trois ans, elle est presque certaine.

Un dernier argument est invoqué par Korteweg contre l'utilité de l'intervention opératoire dans le cancer du sein. Il consiste à soutenir que les malades non opérées ont une survie plus longue que celles qui ont subi l'amputation de la glande.

A cette affirmation, je me contenterai d'opposer une affirmation contraire, qui repose sur l'analyse d'un nombre considérable de cas.

Des statistiques concordantes d'Oldekop (82 cas), Henry (51 cas), Winiwarter (91 cas), Sprengel (85 cas), et en ne tenant compte que des faits où le début, la marche et l'issue du mal ont pu être établies avec précision, il résulte que chez les opérées la durée totale de la maladie a été en moyenne de 38 mois. Nous avons vu plus haut qu'elle n'est que de 27 mois chez les non-opérées. C'est en somme plus de 10 mois, près d'un an de survie pour les premières (1).

(1) Broca (*Traité des tumeurs*, I, p. 585), se livrant à une discussion semblable, arrive, en s'appuyant surtout sur les relevés de Paget, à un chiffre un peu inférieur.

Pour lui, le résultat de l'opération est d'augmenter *de plus de six mois* la durée moyenne de la vie. Il établit au reste que la plu-

avec la plupart des carbures d'hydrogène liquides, en absorbant une certaine quantité de chaleur; dans la généralité des cas, les deux corps restent en contact indéfiniment, ou tout au moins fort longtemps, sans réagir.

La panclastite de M. Turpin ou, plus exactement, les panclastites, peuvent avoir des propriétés très variables. D'abord leurs effets diffèrent beaucoup, suivant le mode d'inflammation employé pour provoquer leur combustion; c'est là une propriété qu'on observe avec toutes les poudres organiques nitrées. Ces effets peuvent varier également : 1° avec la nature de la matière combustible mélangée à l'hypoazotide; 2° avec les proportions du mélange, et 3° avec la nature, l'état et la proportion des substances inertes ajoutées à l'explosif.

Les expériences de M. Turpin établissent nettement l'influence des trois facteurs précédents.

La nature de la matière combustible joue un rôle prépondérant.

Prenons comme exemples les deux corps dont les inventeurs ont fait jusqu'ici le plus fréquent usage : l'essence de pétrole et le sulfure de carbone. Si à ces deux composés on ajoute de l'hypoazotide dans des proportions telles que la quantité d'oxygène ne soit pas tout à fait suffisante pour brûler complètement le carbone et l'hydrogène dans le cas du pétrole, le carbone et le soufre dans celui du sulfure de carbone, on obtient des préparations douées de propriétés assez dissemblables. C'est ainsi que ces préparations, placées séparément dans un flacon et soumises à l'action d'une amorce de fulminate de mercure faisant explosion à l'intérieur du vase et à leur contact, ne se conduisent pas de la même manière. Le produit fait avec le pétrole ne s'enflamme pas; le flacon qui le contient est brisé par la détonation de l'amorce, et l'atmosphère environnante apparaît colorée en rouge par l'hypoazotide volatilisé, mais non détruit. Il n'y a donc pas eu réaction de l'hypoazotide sur la matière organique. — Le mélange au sulfure de carbone, au contraire, détone violemment et produit les phénomènes qui caractérisent les poudres les plus brisantes; il est, en outre, extrêmement sensible au choc, et un flacon qui en renferme étant projeté d'une certaine hauteur sur un sol dur peut produire une explosion dangereuse dans un rayon assez étendu.

L'influence de la nature du combustible est, on le voit, extrêmement marquée. Il y a plus cependant. Il suffit d'ajouter au

Le chiffre n'est pas considérable, et si l'on n'avait en vue que la prolongation de l'existence des malades, le faible résultat fourni par l'opération ne suffirait peut-être pas pour leur en imposer l'ennui.

Mais, nous l'avons vu, ce n'est pas ainsi que la question se pose. Je vous ai montré que l'opération n'est pas absolument grave, qu'elle peut dans certains cas assurer une guérison définitive ; j'ajoute que, si même la récidive se produit, la suppression momentanée de leur mal et de leurs souffrances a du moins procuré aux opérées un soulagement réel. Dans ces conditions, une intervention qui n'abrège pas les jours des malades, mais qui au contraire leur procure quelques mois de survie est, on nous l'accordera, pleinement autorisée.

On pourrait enfin tenir encore compte en pratique de la possibilité des erreurs de diagnostic. A quel chirurgien n'est-il pas arrivé de faire une amputation du sein pour une tumeur qu'il considérait comme de nature maligne, et d'avoir la surprise agréable de constater, la pièce en main et après analyse histologique, que le mal était de ceux qui ne récidivent jamais?

Par deux fois déjà pareille aventure m'est survenue ; les caractères de la tumeur, l'âge des malades, un ensemble de circonstances dans le détail desquelles il est inutile d'entrer m'avaient fait songer à un cancer du sein ; j'avais eu soin de faire confirmer ce diagnostic par deux de mes maîtres les plus compétents ; dans l'un et l'autre cas, une intervention prompte et radicale m'avait été conseillée. L'opération pratiquée, on dut reconnaître que chez ma première malade il ne s'agissait que de kystes simples du sein, et chez l'autre d'un fibrome. Je n'ai pas besoin de vous dire que dans les deux cas la guérison fut complète et définitive. Aujourd'hui encore, je ne regrette pas d'être intervenu : d'abord parce que l'existence seule de ces tumeurs était pour mes malades la source d'un continuel tourment et empoisonnait leur vie ; ensuite parce qu'il ne m'est pas démontré que ces productions n'eussent pas subi avec le temps quelque transformation fâcheuse. On sait que certains sarcomes du sein les plus volumineux et les plus graves ont souvent et pendant longtemps les allures de la tumeur la plus bénigne.

(A suivre.)

part des malades qui se présentent pour être opérées n'ont plus que dix-huit mois à vivre ; leur existence étant par l'opération prolongée de six mois, elle est donc accrue d'*un tiers*.

Broca conclut, comme nous, à l'utilité de l'intervention chirurgicale, étant donné que l'amputation du sein n'est pas une opération grave. Il n'admet que deux exceptions à cette règle : 1o un engorgement ganglionnaire remontant assez haut dans l'aisselle pour réclamer une opération qui serait très sérieuse ; 2o une tumeur petite et ancienne, ne faisant plus de progrès depuis cinq ou six ans, indolente, et ne s'accompagnant d'aucun accident local ni général.

PATHOLOGIE MÉDICALE

DES KYSTES HYDATIQUES DU FOIE OUVERTS DANS L'ESTOMAC, PRINCIPALEMENT AU POINT DE VUE DU PRONOSTIC, par le docteur LIANDIER.

Suite et fin. — Voir les numéros 49, 50 et 51.

Le malade suivant a été observé par notre ami le docteur Bruchet qui se propose de publier ultérieurement son observation *in extenso*.

Avec son obligeance habituelle, il a bien voulu nous en communiquer les principaux traits, et nous autoriser à les reproduire ici.

OBS. VIII. Jeune homme de vingt-six ans, d'une bonne santé habituelle, ne s'étant jamais aperçu d'aucune tuméfaction de l'abdomen. Toutefois, il était quelquefois obligé de desserrer son pantalon.

A la suite d'une indigestion, il est pris d'accidents de péritonite. Fièvre intense, constipation, vives douleurs dans toute la région sus-ombilicale, et surtout l'hypochondre droit, distension considérable du ventre, anorexie, vomissements abondants et persistants, amaigrissement.

Au bout de quelque temps, les phénomènes aigus se calment un peu, mais l'état est encore très grave. C'est à ce moment, deux mois environ après le début des accidents, que le docteur Bruchet, appelé en consultation, constate les phénomènes suivants :

Ventre énorme, sillonné, surtout à gauche, de veines dilatées. On y sent une tumeur solidement rénitente qui sur la ligne médiane descend jusqu'à l'ombilic, et va en s'atténuant dans l'hypochondre gauche, tandis qu'à droite elle atteint la crête iliaque.

Cette tumeur présente les caractères d'un foie très hypertrophié; elle est peu sensible à la pression, sauf sur quelques points à droite, mais elle détermine un sentiment de distension qui gène

mélange précédent de pétrole et d'hypoazotide, mélange à peu près insensible à la détonation d'une amorce ordinaire de fulminate de mercure, une très faible proportion de sulfure de carbone, quelques centièmes par exemple, pour que le liquide obtenu soit rendu fort sensible à l'action de la même amorce et se conduise comme une poudre brisante très énergique.

On peut d'ailleurs varier à l'infini la nature des corps combustibles introduits dans la panclastite. Certaines matières organiques nitrées, la nitrobenzine entre autres, forment ainsi avec l'hypoazotide des explosifs doués de propriétés brisantes singulièrement violentes, mais qui montrent en même temps une insensibilité au choc relativement considérable.

Les proportions du mélange ont aussi une influence considérable sur les propriétés de l'explosif.

C'est ainsi qu'en ajoutant un volume constant d'hypoazotide liquide à des volumes variés de pétrole léger, on obtient des produits dont les propriétés sont très dissemblables : celui qui contient un excès d'hypoazotide détone sous l'influence d'une amorce au fulminate, tandis que celui qui renferme au contraire un excès de pétrole est, je l'ai rapporté plus haut, assez insensible pour ne pas détoner dans les mêmes conditions.

La longueur des détails techniques qui viennent d'être donnés sur les *panclastites* est justifiée par de la nouveauté du sujet. Il n'est pas douteux que ces nouveaux produits ne prennent bientôt une grande place à côté de la dynamite et du fulmicoton, soit dans l'industrie, soit dans la pyrotechnie militaire.

Je ne connais pas d'accidents occasionnés par ce produit. Ses terribles effets les rendraient particulièrement formidables. Heureusement, la possibilité de le fabriquer *sur place* par le mélange de deux liquides apportés séparément rend son maniement moins dangereux que celui de la plupart des autres explosifs.

III

CARACTÈRES GÉNÉRAUX DES BLESSURES PRODUITES PAR LES MATIÈRES EXPLOSIBLES. — INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES.

L'étendue des développements dans lesquels je suis entré à propos de chacune des matières explosibles, les nombreux exemples que j'ai cités, me dispenseront de donner en terminant autre

beaucoup la respiration, et même empêche l'alimentation, car la moindre ingestion augmente ce sentiment pénible. Le patient prend surtout de la bière qui est bien tolérée. Pas de vomissements depuis quatre à cinq jours. Fièvre intense, anorexie, constipation.

Cœur et poumons normaux. Urines normales. Pas d'ictère.

Diagnostic : kyste hydatique du foie enflammé et probablement suppuré.

Deux jours après, signes d'une pleurésie droite assez légère.

Le 3 mai, ponction aspiratrice du kyste. Le trocard, enfoncé probablement trop à droite, ne rencontre pas de liquide.

Le 17 mai, le malade éprouve une vive douleur du côté de l'hypochondre droit. A l'arrivée de Bruchet, cette douleur a disparu ; respiration tranquille ; pas de douleur à la pression. A l'épigastre, tumeur arrondie donnant la sensation d'une poche incomplètement remplie de liquide.

En la déprimant brusquement, on arrive sur le foie. La pleurésie a diminué. Le soir, le malade prend trois pilules purgatives (jalap, scammonée *ââ* 25 centigrammes, aloès 15 centigrammes).

18 mai. La douleur de l'hypochondre a reparu pendant la nuit, sans que rien pût la calmer. Le matin, le malade prend un peu de bière; bientôt il éprouve des nausées et vomit abondamment, remplissant une grande cuvette de pus dans lequel on retrouve de larges membranes hydatiques, dont l'une est imprégnée de bile ; en même temps, il a une garde-robe liquide. Le ventre est bien détendu, la tumeur descend beaucoup moins bas. La région épigastrique est flasque.

Malade abattu. Temp. 37°. Pouls lent et bien frappé.

Repos ; cinq centigrammes d'extrait thébaïque. Lait, bouillon, grog.

L'amélioration persiste jusqu'au 23 mai ; garde-robes liquides. La tumeur diminue. Le malade est autorisé à se lever un peu.

Dans la nuit du 23 au 24, fièvre vive, douleurs; la région susombilicale se tuméfie de nouveau. La fistule gastro-hépatique s'est sans doute refermée. Sulfate de quinine, 0 gr. 75. Léger purgatif le 25 mai, les accidents s'étant aggravés.

Dans la nuit du 25 au 26, nouveau vomissement de pus et d'hydatides non moins abondant que le premier. Pus et membranes rendus par les garde-robes. Le ventre a encore plus diminué de volume que lors de la première évacuation. Toutefois le foie déborde encore notablement les fausses côtes.

A partir de ce moment, grande amélioration ; retour de l'appétit et du sommeil; diminution graduelle du volume du foie.

Le 17 juin, le malade était dans l'état le plus satisfaisant.

Depuis, le docteur Bruchet a reçu à plusieurs reprises des nouvelles de ce malade, confirmant toutes la guérison.

OBS. IX. Dans la séance de la Société de chirurgie du 13 février 1850, Goyrand (d'Aix) fit présenter par Vidal (de Cassis) un mémoire : *Deux cas remarquables de kystes hydatiques de l'abdomen considérés au point de vue chirurgical*, où il s'élevait contre la prétendue innocuité de la ponction dans les kystes hydatiques de l'abdomen. Bien que ce travail ait été renvoyé au comité de publication, nous n'avons pu nous le procurer, mais dans l'un de ces cas il s'agissait d'un malade porteur de trois kystes hydatiques du foie. Ces kystes s'ouvrirent spontanément : le premier, en 1833, dans les bronches; le deuxième, en 1845, dans l'estomac; le troisième, en 1848, dans l'intestin. Le malade guérit.

OBS. X. James Lind (GAZ. MÉD. DE LONDRES, traduit dans JOURN. DE MÉD. CHIR. Paris, 1789.)

Dame de 30 ans, tourmentée depuis deux ans par des douleurs d'estomac et ayant pendant ce temps rendu à des intervalles d'à peu près six mois quelques hydatides par les garde-robes. Tumeur douloureuse au creux de l'estomac et dans la région du foie. Le mal présentait l'apparence d'une hépatite prête à suppurer. Traitement mercuriel jusqu'à salivation. Au bout de dix jours, la malade rendit par le vomissement et par les selles plus de mille hydatides variant comme dimension de la taille d'un petit pois à un diamètre de plus d'un pouce et demi, contenant de la bile. Elles remplirent presque deux grands vases de nuit, puis il se forma au creux de l'estomac un abcès qui donna issue à du pus fétide et à un calcul biliaire de la grosseur d'un baricot. La malade fluit par guérir.

C'est à ce fait que se rapportent les observations XIV et XXIII de Letourneur, que nous avons dit plus haut faire double emploi l'un avec l'autre.

OBS. XI. Becker (Journal de Hufelond et Journal de Sédillot, 1811). Femme de 41 ans, malade depuis longtemps. Douleurs à gauche de l'épigastre et pesanteur de ce côté. Expulsion par les selles de 16 vésicules de la grosseur d'un œuf de pigeon à celle d'un œuf de poule, les unes entières, les autres crevées. Vomissements répétés, dans lesquels se trouvent des vésicules semblables. A partir de cette époque, amélioration et guérison.

OBS. XII. Clémot (GAZ. DES HÔPIT., 1832).

En 1824, un homme avait au foie un dépôt qui fut ouvert par un chirurgien et laissa sortir plusieurs pintes d'un liquide purulent, dans lequel nageaient une quantité considérable d'hydatides. Au bout d'un mois, l'ouverture se ferma; quelque temps après, vomissements répétés de matières analogues à celles qui étaient sorties par la plaie, et de lambeaux d'hydatides, quelques-uns offrant des dimensions énormes. Les derniers avaient jusqu'à un pied de long. Plus tard, les vomissements ayant cessé, la santé se ré-

chose qu'un résumé relatif à leur mode général d'action et aux lésions traumatiques qu'elles produisent.

Il n'est pas besoin de faire ressortir les ressemblances multiples qui existent entre les effets de ces substances et ceux de la poudre à canon. Dans l'un et l'autre cas, il y a *explosion*, production brusque d'une énorme quantité de gaz, qui agit par son propre déplacement d'abord — le *coup de vent* des auteurs — ensuite par les objets divers qu'elle projette sous forme de projectiles. Mais il y a aussi de nombreuses différences, et ce sont elles que nous allons surtout nous attacher à signaler.

En premier lieu, la force explosive étant beaucoup plus intense, tous les effets de l'explosion sont exagérés, et certains de leurs caractères spéciaux sont ainsi bien mis en relief. J'essaierai d'en formuler quelques-uns :

1° Le principal effort se produit toujours sur le plan de résistance, et de là s'irradie horizontalement sous forme d'une expansion circulairement transversale, agissant dans un plan limité (Rochard).

2° Le mode d'action de la violence explosive offre des irrégularités inexplicables. D'une façon générale, tous les obstacles résistants sont broyés, taudis que les parties molles peuvent être plus ou moins ménagées.

3° La température s'élève brusquement très haut dans les foyers d'explosion ; cela explique en particulier comment les cadavres sont entièrement déshabillés par la brusque expansion de l'air interposé entre les vêtements et le corps. Mais ce phénomène étant presque instantané se borne à ces effets mécaniques sans causer de brûlures. Lorsqu'on rencontre celles-ci, elles sont toujours dues à la combustion concomitante d'objets très inflammables qui ont *été allumés* par l'explosion.

Il paraît y avoir là une différence importante avec ce qui est produit par la déflagration de la poudre à canon. Pour celle-ci, l'action n'est pas aussi instantanée, et de plus la poudre *brûle* véritablement avant de détoner. Les brûlures sont donc ici de règle. Il s'y joint une coloration noire, une sorte de tatouage particulier dû à l'incrustation des particules de charbon qui donnent aux blessés ou aux cadavres un aspect tout à fait caractéristique. (Nous avons rencontré de même une sorte de tatouage blanc des parties découvertes chez les victimes de la dynamite ; ici c'est la silice qui *poudre à blanc*, pour ainsi dire, le visage, les mains et incruste les cornées.)

tablit ; huit ans après, elle était encore parfaite. Clémot croit avoir présenté lui-même dans sa jeunesse des accidents analogues, dont la nature fut alors méconnue. Aussi reste-t-elle douteuse pour nous, et nous bornerons-nous à les rappeler ici sans les faire rentrer dans notre statistique.

Obs. XIII. Cbomel. (Gaz. des hôp., 1836).

Femme de 50 ans, amaigrie, ayant dans le côté droit une tumeur qui s'étend des fausses côtes à la crête iliaque. Début trois ans auparavant : la tumeur, développée de haut en bas, a atteint depuis un an le volume actuel. Depuis un an aussi, il y a eu deux fois de l'ictère. Point de frémissement hydatique. Tout à coup, vomissements abondants ; deux pintes environ d'un liquide trouble, très fétide, tenant en suspension une vingtaine d'hydatides dont le volume varie de celui d'un pois à celui d'un œuf de pigeon. Immédiatement après, l'abdomen s'est affaissé. La malade a rendu aussi des hydatides par les selles. Elle quitte l'hôpital.

Cbomel admet que le kyste s'est ouvert dans l'estomac, et, sans croire tout danger écarté, regarde la position comme bien meilleure depuis les vomissements.

Obs. XIV : Vitrac (Gaz. des hôp., 1858).

Homme atteint d'ictère, de vomissements incessants, d'anorexie, de constipation, avec amaigrissement, douleur dans la région hépatique, bombement de cette région dans une circonférence de quinze à vingt centimètres. Il se plaint de quelque chose qui lui remonte au gosier et rejette par le vomissement et les selles une cinquantaine d'hydatides dans l'espace de quinze jours. Les trois quarts sont expulsées par l'anus. Guérison rapide.

Obs. XV. (Guy's Hospital Reports).

Homme de 29 ans, souffrant depuis neuf ans d'ictère et de vomissements qui reviennent chaque mois pendant quatre jours. Il y a quatre ans, jaunisse plus intense qui dure trois semaines.

Depuis quatre mois, affaiblissement ; deux mois avant l'entrée, crise plus violente obligeant le malade à s'aliter. Signes physiques d'un kyste du lobe droit du foie.

Le malade vomit sans douleurs quatre onces de liquide contenant des hydatides ; le lendemain, douze hydatides dans les selles. Tumeur plus petite et tympanique. La douleur a diminué. Pendant huit jours encore, évacuation d'hydatides ; pendant quatorze, vomissements aqueux mêlés de pus.

Guérison en trois mois.

Un mois plus tard, douleurs hépatiques ; mort dans le collapsus au bout de dix jours. A l'autopsie, péritonite, adhérence des viscères, kyste hydatique du foie suppuré et ouvert dans le péritoine. On ne retrouve pas les traces de la première rupture.

An total, sur quinze cas, neuf ont en une terminaison favorable ; sur les six qui se sont terminés par la mort, il y en a deux (obs. II et III) sur lesquels nous manquons absolument de détails. Dans un autre (obs. VI), les lésions sont trop compliquées pour qu'on puisse tirer parti de cette observation au point de vue du pronostic, car la mort paraît avoir été due aux lésions pleuro-pulmonaires.

Ces faits, quoiqu'en bien petit nombre, suffisent pour montrer que la position d'un malade chez lequel des échinocoques du foie s'évacuent par l'estomac est bien moins fâcheuse que ne l'ont dit quelques auteurs ; cette évolution est pourtant plus grave que celle des perforations intestinales, lesquelles, d'après la statistique de Letourneur, se seraient terminées par guérison vingt-sept fois sur trente-deux cas.

Peut-être faut-il attribuer en partie cette gravité plus grande des ruptures intragastriques à l'influence fâcheuse exercée par le contenu du kyste sur la muqueuse de l'intestin grêle, qui, dans le plus grand nombre des cas de perforation intestinale, n'est pas en contact avec ces produits. En revanche, cette terminaison paraît plus favorable que l'ouverture dans les voies respiratoires. En effet, si nous nous en rapportons aux faits recueillis par Duvernoy pour sa thèse inaugurale (1879), nous trouvons : 1° trente kystes hydatiques du foie ouverts dans les bronches et ayant donné comme résultats dix-sept morts et treize guérisons ; 2° quinze kystes ouverts dans la plèvre. Trois malades seulement ont guéri et ont dû leur salut à l'opération de l'empyème.

Un dernier mot sur le pronostic ; la cicatrice stomacale résultant de la perforation ne pourra-t-elle subir l'action destructive du suc gastrique et devenir le point de départ d'un ulcère rond ?

Théoriquement, nous croyons cette complication possible, mais rien ne nous en démontre la réalité. Remarquons même que dans l'observation XV l'autopsie, pratiquée six semaines après la guérison de la perforation stomacale, ne permit de constater aucune cicatrice. L'art peut-il favoriser la terminaison favorable de l'accident qui nous occupe ? Nous croyons qu'il est à peu près impuissant. On ne peut songer à faciliter par des vomitifs l'évacuation du kyste. On aurait toujours à craindre de déterminer la rupture d'adhérences peu solides et une péritonite consécutive. Peut-être le lavage de l'estomac serait-il moins dangereux ; toutefois nous ne nous déciderions

4° L'action instantanée de la dynamite, du fulmicoton, etc., explique aussi la netteté de quelques blessures qui contraste avec l'aspect contus et déchiqueté de certaines autres ; il n'y a là rien de fixe, mais l'action de la poudre noire ne donne jamais lieu à ces sections saignantes, qui paraissent avoir été faites par l'instrument tranchant.

5° Il faut aussi noter l'étendue des lésions sous-cutanées, les décollements énormes, les grands épanchements sanguins, et aussi le trajet long et compliqué sous les téguments des fragments souvent très petits projetés sous forme de projectiles. Il peut par suite se faire qu'une blessure en apparence légère, si l'on s'en rapporte à l'orifice d'entrée, soit en réalité des plus graves. Tardieu, dans son rapport sur l'attentat de l'Opéra, frappé des complications inflammatoires de certaines de ces petites plaies, attribuait une certaine part à la présence de particules de fulminate. Il est bien plus probable que la désorganisation profonde des tissus par l'intensité du traumatisme est alors la seule origine des phénomènes septiques ; il y a bien empoisonnement de la plaie, mais il n'est pas primitif : il est consécutif et autogénique, si l'on peut ainsi dire.

6° Les blessés qui échappent à ces terribles explosions — sauf bien entendu le cas où la tête a été atteinte — ne présentent pas de phénomènes de commotion cérébrale. L'action est en effet aussi limitée que puissante. Ce qu'elle ne touche pas, elle l'épargne entièrement.

Les blessures, à quelques exceptions près, offrent tous les caractères des plaies contuses, ou par broiement ou par arrachement. Les indications thérapeutiques qu'elles fournissent n'ont ici rien de spécial. Nous ferons une seule remarque à propos du tatouage de la cornée : très souvent cette lésion de l'œil est moins grave qu'on n'est tenté de le croire tout d'abord, et au bout de quelques jours, sous l'influence des antiphlogistiques seuls, on assiste à l'élimination progressive de tous les grains de silice, qui, au moment de l'accident, paraissaient compromettre irrémédiablement la vision.

Quelques mots — mais quelques mots seulement — à propos des *premiers soins* que réclament ces blessures.

Deux indications doivent être remplies en attendant le chirurgien :

1° Arrêter l'hémorrhagie ;

pas volontiers à l'employer. En somme, une bonne hygiène, le régime lacté, le repos, quelques opiacés, voilà, pensons-nous, les meilleurs moyens à proposer.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Sur un cas de pseudo-pellagre, par M. Babinski, interne des hôpitaux.

Le nommé Lhermitte (Pierre), âgé de 35 ans, journalier, entre le 7 mai 1883 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Vulpian.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier à noter.

Antécédents personnels. — Variole dans l'enfance. Du reste, toujours bonne santé jusqu'à l'âge de 32 ans, c'est-à-dire jusqu'à une époque qui remonte à 3 ans. Au moment où le malade entre à l'hôpital, il vient d'achever de subir une condamnation à 5 ans de prison. Il a été soumis pendant ces cinq dernières années à une alimentation et à une hygiène débilitantes à tous les points de vue. C'est pendant sa détention, il y a de cela 3 ans, que sa santé a commencé à s'altérer, et à plusieurs reprises le malade a dû être soigné à l'infirmerie de la prison.

L'affaiblissement intellectuel du malade empêche d'obtenir à ce sujet des renseignements précis ; mais ce qui paraît ressortir nettement de l'interrogatoire, c'est que depuis cette époque ses forces ont été sans cesse en déclinant. Il y a de cela un mois, l'état du malade a subi une assez notable aggravation; l'affaiblissement s'est prononcé, l'appétit s'est perdu; en même temps, quelques douleurs abdominales et de la diarrhée se sont développées. Le malade a été obligé de suspendre tout travail et il a dû s'aliter. Il faut encore ajouter que peu de temps avant le début de cette aggravation, il avait été employé dans des travaux de maçonnerie sur des toits, qu'il lui était arrivé plusieurs fois de s'endormir et de rester ainsi plusieurs heures assoupi dans le milieu du jour sans être abrité contre le soleil.

Examen le jour de son entrée. — On est frappé à première vue par la maigreur du malade, son facies terreux et l'abattement dans lequel il se trouve. Les réponses qu'il fait aux questions qu'on lui pose sont peu précises ; sa mémoire paraît très affaiblie et ce n'est qu'avec peine qu'on peut obtenir les renseignements précédents. Il paraît très peu préoccupé de l'état de sa santé et semble indifférent à ce qui se dit à ce sujet autour de lui.

Peu d'appétit. Diarrhée; le malade va à la selle jusqu'à 20 fois par jour. Coliques. Le ventre est un peu ballonné et légèrement sensible à la pression. Le cœur est normal ; le pouls est petit, faible, mais régulier Le malade tousse un peu, mais l'examen attentif et méthodique des poumons ne dénote absolument rien d'anormal. Les urines sont normales. Rien à noter du côté du foie et de la rate. La peau paraît assez fortement pigmentée, particulièrement au front. Il existe sur la face dorsale des poignets et des mains un érythème symétrique qui s'étend en haut jusqu'à l'articulation radio carpienne, en bas jusqu'aux articulations métacarpo-phalangiennes, et occupe presque toute l'étendue transversale de la main; la rougeur érythémateuse est séparée des parties voisines par une zone légèrement pigmentée ; la peau malade est lisse, mince, ne présente ni papules, ni vésicules à sa surface ; la pression du doigt fait disparaître la rougeur, mais celle-ci réapparaît rapidement; enfin le tissu cellulaire sous-cutané n'est pas œdématié et la plaque érythémateuse se trouve sur le même niveau que les parties périphériques. La sensibilité de la région malade est conservée. La température est normale.

Traitement. — Toniques : fer, vin de quinquina. Potion avec sousnitrate de bismuth et laudanum.

11 mai. — L'apathie que le malade présentait le premier jour persiste ; il reste couché toute la journée; il semble éviter toute conversation, ne parle que quand on lui pose une question et ses réponses ne sont pas toujours très sensées. La diarrhée persiste; les matières sont liquides, jaunâtres, sans autre caractère important à signaler. Légère incontinence des matières fécales et des urines. L'examen des poumons donne comme le premier jour un résultat négatif. L'érythème présente à peu près les mêmes caractères.

15 mai. — L'état est à peu près le même, sans aucune tendance à l'amélioration. La rougeur érythémateuse est recouverte de quelques lamelles épidermiques en desquamation.

Du 15 au 30 mai, il n'y a rien de bien particulier à noter : l'état du malade ne paraît guère se modifier ; toujours même abattement, même dépression.

30 mai. — Si l'on compare l'érythème à ce qu'il était le jour de l'entrée du malade, on voit que son aspect s'est un peu modifié; la zone érythémateuse s'est rétrécie et, dans les points où la rougeur a rétrocédé, la peau est un peu plus pigmentée que dans les parties saines. La diarrhée persiste, mais est pourtant moins intense : six à huit garde-robes par jour. Le malade n'accuse aucun trouble fonctionnel nouveau.

Pourtant un nouvel examen méthodique des divers organes permet de constater la présence d'un léger épanchement dans la plèvre droite. Rien du côté des sommets; rien du côté gauche de la poitrine.

2° S'opposer à l'infection de la plaie.

Pour arrêter le sang, vous ferez sur la plaie une compression directe avec de l'amadou, au besoin avec la main. Si l'hémorrhagie est grave et se fait en jet, la compression indirecte de la grosse artère du membre sera opérée en plaçant un coussinet soit au pli de l'aine, soit au pli de l'aisselle, et le maintenant serré avec une bande de caoutchouc. Ce tourniquet improvisé, agissant sur une large surface où se trouve toujours comprise l'artère, est parfois douloureux, mais permet au moins d'attendre une intervention plus éclairée, et n'est pas dangereuse si son action n'est pas prolongée plus de deux ou trois heures.

La seconde indication que vous aurez à remplir est d'empêcher la plaie de *s'envenimer*, comme on dit vulgairement, de *devenir septique*, disent les chirurgiens. Pour cela, il faut le plus tôt possible laver et envelopper la blessure avec des compresses imbibées d'un liquide *antiseptique*. Le plus simple de tous et non le moins bon est l'alcool étendu de trois ou quatre fois son volume d'eau. Mais aucun de vous n'ignore aujourd'hui les propriétés de l'acide phénique qui est de tous les antiseptiques le plus répandu et à juste titre. Les solutions que l'on emploie, sauf dans des cas spéciaux, contiennent 20 grammes par litre.

Dans quel but fait-on usage de ces liquides qui, après tout, sont des caustiques, quoique faibles, à l'état de dilution ?

Serait-ce que nous serions revenus à la doctrine de Jean de Vigo et de presque tous les chirurgiens de la Renaissance qui considéraient les plaies par explosion de la poudre comme empoisonnées?

Non, il y a longtemps qu'Ambroise Paré a détruit ce préjugé funeste dont la conséquence logique poussait à torturer les blessés en faisant couler dans leurs plaies de l'huile bouillante et autres caustiques.

La manière dont fut faite cette découverte capitale est un point d'histoire de la chirurgie assez important pour que je m'y arrête un moment et pour que, par manière de digression, je vous lise une page du vieux chirurgien de François Ier :

« J'estois en ce temps-là bien doux de sel, parce que je n'auois encores veu traicter les playes faites par harquebuses : il est vray que j'auois leu en Jean de Vigo, liure I, *des Playes en général*, chap. VIII, que les playes faictes par bastons à feu participent de venenosité, à cause de la poudre, et pour leur curation commande

2 juin. — L'épanchement augmente. Pas de douleur thoracique, pas de dyspnée. La température du matin est de 37°. Le soir, elle est de 38°.

La zone érythémateuse se rétrécit encore de la périphérie au centre. On applique un vésicatoire sur le côté droit du thorax.

5 juin. — L'épanchement augmente; il peut être évalué à deux litres de liquide environ. Pas de gêne respiratoire. La température du soir est de 38° 1/2. La dépression paraît augmenter. Le malade, quoique déjà très maigre le premier jour, semble avoir encore maigri. La diarrhée persiste toujours et s'accroît même de nouveau : dix à douze garde-robes par jour.

10 juin. — L'épanchement est à peu près stationnaire. On applique un nouveau vésicatoire.

La respiration semble aujourd'hui plus gênée que d'habitude : la figure est un peu violacée.

L'érythème est presque complètement effacé; la peau dans la région dorsale des mains est recouverte de quelques squames et un peu pigmentée.

La cachexie se prononce de plus en plus.

10, 11, 12, 13 juin. — A peu de chose près, même état.

14 juin. — Le malade succombe, arrivé au plus haut degré de l'épuisement et du marasme.

Autopsie. — A l'ouverture du thorax, on trouve, dans la plèvre droite, un épanchement séreux qui peut être évalué à deux litres et demi. Pas de liquide dans la plèvre gauche. Le poumon droit est atélectasié et présente d'assez nombreuses granulations tuberculeuses et quelques rares nodules caséeux. Le poumon gauche présente aussi dans son intérieur des granulations disséminées dans toute la hauteur, mais pas très abondantes, et au sommet on trouve deux à trois noyaux caséeux lobulaires, sans cavernes.

Cœur normal. En ouvrant l'abdomen, on découvre dans le péritoine, surtout sur le mésentère et l'intestin, un semis de granulations grises, très petites, sans aucune adhérence des anses intestinales. La cavité péritonéale contient environ un demi-litre de sérosité.

L'estomac est normal. L'intestin grêle et le gros intestin sont ouverts suivant le bord adhérent dans toute leur longueur; ils ne présentent ni granulations tuberculeuses ni ulcérations. Le gros intestin semble un peu congestionné. La rate ne présente rien de particulier à signaler.

Le foie est en dégénérescence graisseuse. Les reins semblent normaux. Le cerveau et la moelle n'offrent rien qui doive être noté.

L'examen microscopique a porté sur la peau de la région dorsale des mains et sur la plupart des organes splanchniques.

Cet examen n'a rien fait découvrir de particulier.

L'épiderme présente les diverses couches normales dans un état d'intégrité à peu près parfaite; le stratum de Malpighi, le stratum granulosum avec de l'éléidine, le stratum cernéum avec ses cellules kératinisées, se retrouvent ici; les cellules du corps muqueux sont saines; les cellules du foie ont subi la dégénérescence graisseuse.

Les reins sont normaux.

Résumons en quelques mots l'histoire de ce malade. Il s'agit d'un homme qui ne présente aucun antécédent héréditaire ou personnel; il est soumis pendant cinq ans à l'influence du régime débilitant des prisons, et, au bout de deux ans de détention, à l'âge de trente-deux ans, il commence à maigrir, à perdre ses forces; cet affaiblissement général va en croissant pendant trois années sans être suffisant cependant pour l'empêcher de travailler, mais sa santé est chancelante, et de temps en temps il est obligé de garder le repos pendant quelques jours.

A l'âge de trente-cinq ans, un mois avant son entrée à l'hôpital, son état s'aggrave d'une façon notable; l'appétit se perd, il se développe de la diarrhée et le malade s'alite.

Au moment de son entrée à l'hôpital, on constate les symptômes suivants : grand affaiblissement physique et intellectuel, grande maigreur, diarrhée intense, érythème du dos des mains. Rien du côté des poumons.

Trois semaines après son entrée, il se développe une pleurésie à droite sans aucune réaction. La cachexie se prononce de plus en plus et finalement le malade meurt dans le marasme.

M. le professeur Vulpian avait été frappé le jour de l'entrée du malade de la concomitance de ces trois symptômes : affaiblissement intellectuel, diarrhée et érythème du dos des mains. Il porta dès ce jour là le diagnostic de pseudo-pellagre. L'autopsie a révélé l'existence d'une tuberculose pulmonaire et péritonéale.

Comme nous l'avons dit plus haut, les poumons avaient été examinés plusieurs fois pendant la vie, et jamais on n'avait constaté de signes physiques permettant de porter d'une façon certaine le diagnostic de tuberculose. Néanmoins l'épanchement pleural survenu dans les derniers temps de la vie avaient fait songer à la possibilité de son existence.

Nous devons chercher à résoudre la question de savoir à quel moment la tuberculose est survenue et si c'est à la tuberculose que l'on doit attribuer la cachexie à laquelle était arrivé le malade, et la diarrhée qui avait figuré depuis longtemps au premier rang dans la scène morbide.

Il faut remarquer que les lésions phymateuses étaient peu avancées, que dans les poumons les masses caséeuses étaient très peu

---

les cauterizer avec l'huile de Sambuc, en laquelle soit meslé un peu de thériaque. Et, pour ne faillir, parauant qu'vser de ladite huyle feruente, sçachant que telle chose pourroit apporter au malade extrême douleur, je voulus sçauoir, premierement que d'en appliquer, comme les autres chirurgiens faisoient pour le premier appareil, qui estoit d'appliquer ladite huyle la plus boüillante que leur estoit possible dedans les playes, auec tentes et setons, dont je prins hardiesse faire comme eux : enfin mon huyle me manqua, et fus contrainct d'appliquer en son lieu un digestif fait de jaunes d'œuf, huyle rosat et térébenthine. La nuict je ne peux bien dormir à mon aise, pensant que par faute d'auoir cautérizé je trouuasse les blessez (où j'auois failly à mettre de ladite huyle) morts empoisonnez, qui me fit leuer de grand matin pour les visiter. Où outre mon esperance trouuay ceux ausquels j'auois mis le médicament digestif, sentir peu de douleur à leurs playes sans inflammation et tumeur, ayans assez bien reposé la nuict : les autres où l'on auoit appliqué ladite huyle, les trouuay fébricitans, auec grande douleur, tumeur et inflammation aux environs de leurs playes : adonc je me deliberay de ne jamais plus brusler ainsi cruellemen les pauures blessez d'arquebusades. »

Nous ne croyons plus aujourd'hui à l'état *vénéneux* — on dit aujourd'hui à l'état *septique* — primitif des plaies produites par déflagration d'une poudre explosive. Mais nous savons que toute plaie exposée à l'air devient, sinon fatalement, au moins le plus souvent le siège de certaines décompositions dont la résorption peut être fatale aux blessés.

Je n'ai pas à vous reparler du *microbe* et du rôle prépondérant que les théories modernes lui ont fait jouer. Cette tâche a été remplie d'une manière trop brillante par notre éminent vice-président (1) pour que j'aie la tentation — je pourrais dire l'audace — d'y revenir. Je ne veux ajouter qu'un mot à ce qu'il vous a dit sur ce qu'il a spirituellement appelé la *chasse au microbe*. Certes, c'est pour chasser le microbe que nous arrosons les plaies d'antiseptiques, mais nous ne chassons pas que lui. Nous neutralisons en même temps tous ces produits complexes, résultat des sécrétions de la plaie ou de la décomposition des tissus, véritables poisons organiques d'une puissance incroyable, analogue à celle des alcaloïdes les plus redoutables, la strychnine, par

(1) M. le docteur Riant, dans une précédente conférence.

abondantes et que les granulations étaient la lésion prédominante ; que dans le péritoine on ne trouvait que des granulations et que les anses intestinales ne présentaient aucune part d'adhérences entre elles. Ce sont là des altérations qui évidemment remontent à une époque peu reculée et ne peuvent pas servir à expliquer l'épuisement du malade. D'autre part, il n'y avait pas de tubercules ni d'ulcérations du côté de la muqueuse intestinale, et cette diarrhée intense ne peut guère être mise sur le compte de la tuberculose.

Il est possible, pour ces différentes raisons, que la tuberculose ne se soit développée que dans les derniers temps de la vie du malade. Pourtant il ne faut pas oublier que la tuberculose peut déjà avoir envahi l'organisme et avoir produit des lésions d'une certaine intensité dans les poumons alors que les signes physiques sont encore incapables de déceler leur présence, de telle sorte qu'on ne peut dire d'une façon incontestable à quel moment la tuberculose a fait son apparition.

Occupons-nous maintenant des phénomènes qui avaient surtout attiré l'attention lors de l'entrée du malade, la diarrhée, l'affaiblissement intellectuel, l'érythème des mains : ce sont là des symptômes qui, par leur concomitance, constituent un des traits les plus frappants de la pellagre.

Dans le cas qui nous occupe, a-t-on eu affaire à une véritable pellagre ou bien à un simple érythème solaire, survenu chez un sujet présentant des désordres intellectuels, à un érythème pellagroïde ?

On sait, en effet, que depuis que Billod a en 1855 attiré l'attention sur l'existence, chez certains aliénés, d'une affection qu'il croyait être la pellagre, plusieurs médecins, en particulier Tilleux, Joire, Tardieu, ont insisté sur la distinction absolue qu'il fallait établir entre la vraie pellagre et l'érythème pellagroïde des aliénés, qui n'est autre chose, d'après eux, que le résultat d'une insolation.

Il est certain que, dans beaucoup de cas, il n'y a pas de confusion possible entre ces deux états morbides, qui sont évidemment bien différents l'un de l'autre. Mais il faut reconnaître aussi que la distinction n'est pas toujours aussi nette, et que le diagnostic peut rester pendant. Quelle est, en effet, la caractéristique de la pellagre, et comment la différencier d'un érythème solaire qui survient chez un aliéné atteint d'une diarrhée cachectique et qui présente par conséquent tous les symptômes cardinaux de la pellagre ? L'étiologie peut-elle permettre de trancher la question ? La pellagre est une maladie endémique, épidémique, que l'on a attribuée à l'ingestion du maïs altéré par le verdet. Mais il est admis actuellement que la pellagre peut être aussi sporadique et se développer chez des sujets qui n'ont jamais ingéré de maïs. Il n'y a donc pas là un élément de diagnostic.

Nous avons affaire, dans le cas actuel, à un homme débilité par la misère et chez lequel l'insolation a été peut-être la cause de l'érythème. Pourtant il faut remarquer que le malade était alité déjà depuis un mois quand il est entré à l'Hôtel-Dieu ; et, par conséquent, si l'on incrimine ici l'insolation, il faut admettre que l'érythème remonte à une époque assez éloignée.

Du reste, l'influence des rayons solaires s'exerce non seulement sur l'érythème appelé pour cette raison solaire, mais aussi sur l'érythème de la pellagre, et cette notion ne peut donc servir à établir le diagnostic.

L'ordre de succession des trois symptômes a-t-il, au point de vue du diagnostic, quelque valeur ? D'habitude, dans la pellagre, c'est l'érythème qui ouvre la scène, mais il n'en est pas toujours ainsi : l'affection débute quelquefois par des troubles psychiques, quelquefois encore par la diarrhée. Du reste, dans le cas qui nous occupe, l'insuffisance des renseignements nous empêche de savoir dans quel ordre se sont succédé les symptômes.

L'érythème dans la pellagre est, dit-on, plus fixe, dure plus longtemps que l'érythème solaire. Il apparaît au printemps et disparaît en hiver pour reparaître l'année suivante. Nous ne pouvons préciser la durée de l'érythème dans le cas actuel, puisque le malade ne se rappelait pas exactement le moment de son apparition ; tout ce que nous pouvons dire, c'est qu'il a duré un mois environ pendant que nous l'avons observé. Il nous a été aussi impossible de savoir si le malade avait eu déjà les années précédentes un érythème analogue. La distinction fondée sur la durée et la marche de l'érythème est, du reste, assez délicate ; et de plus elle ne présente rien d'absolu. Les médecins qui ont observé la pellagre dans les pays où elle est endémique citent des cas où l'érythème n'apparaît que comme phénomène ultime, bien longtemps après le développement de la diarrhée et des troubles psychiques.

L'anatomie pathologique serait encore bien moins capable de nous fournir un caractère distinctif absolument tranché.

La nature intime de la pellagre n'est pas, en effet, encore déterminée. Ni l'étiologie, ni la marche, ni l'anatomie pathologique ne présentent rien d'absolument caractéristique, et dans certains cas il semble impossible d'affirmer qu'on a affaire à une pellagre ou à une pseudo-pellagre.

Dans notre observation, il serait peut-être permis d'avoir aussi quelques doutes. Pourtant, comme en dehors de l'association des trois symptômes cardinaux de la pellagre on ne trouvait dans ce cas d'une façon bien nette aucun des caractères qui sans être, il est vrai, constants, se présentent le plus souvent dans la vraie pellagre, M. Vulpian a cru devoir porter le diagnostic de pseudo-pellagre.

Ce fait, sans présenter rien de nouveau, nous semble intéres-

---

exemple. Ces poisons organiques, qui se forment dans le foyer de la blessure, sont sans doute du même ordre que ceux qu'on commence à peine à connaître et à étudier sous le nom de *ptomaïnes* dans les cadavres au début de leur décomposition. La part qui leur revient dans les accidents qu'on observe chez les blessés est certainement plus considérable qu'on ne le croit. Mais quels rapports ont-ils avec les microbes ?

Ceux-ci président-ils à leur formation ou n'en sont-ils que la conséquence ?

Faut-il — certains n'ont pas craint de le faire — refuser aux microbes toute influence dans les phénomènes pathologiques et ne voir dans leur présence qu'un effet et non une cause de la déchéance des tissus ou de l'organisme ?

D'après cette manière de voir, les microbes se rencontreraient dans les ruines organiques, comme les herbes folles dans les décombres. Si un mur crevassé est couvert de mousse, c'est que ses crevasses offrent à la mousse un terrain propice, et ce n'est pas parce qu'il est moussu qu'il est crevassé. Ainsi s'explique comment, bien que l'air apporte partout les germes de mousse et les germes de microbe, tous les murs n'en sont pas revêtus et tout le monde n'est pas malade. Sains, nous résistons aux parasites ; il faut que l'organisme soit déjà terrassé pour que les petites bêtes s'y mettent !

Graves discussions, difficiles problèmes dont je pose seulement les termes devant vous !

Il est douteux du reste, ici comme dans toutes les choses humaines, que la vérité soit dans les propositions absolues. Peut-être un jour viendra-t-il où l'on fera la part de l'un et de l'autre facteur, du poison et du parasite. Il ne serait pas impossible qu'on vît alors qu'il faut également tenir compte de l'un et de l'autre, le poison (ptomaïne) préparant le terrain favorable au parasite (microbe) et celui-ci à son tour, par sa pullulation, donnant une impulsion nouvelle à la production septique, si bien qu'il y aurait là une sorte de génération alternante des agents virulents, un véritable cercle vicieux se resserrant de plus en plus autour des malades ou blessés. Mais, s'il faut vous dire toute ma pensée, je n'oserais affirmer qu'en faisant le tour de ce cercle pour déterminer la responsabilité première des accidents, on ne trouvât le plus souvent (passez-moi cette expression familière) que, comme le lapin du proverbe, *ce n'est pas le microbe qui a commencé !*

sant parce qu'il est peu commun; on n'a que très exceptionnellement l'occasion d'observer des faits semblables, du moins dans les hôpitaux de Paris. Aussi est-ce simplement dans le but de consigner un fait rare que, sur le conseil de notre excellent maître, M. Vulpian, nous publions cette observation.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

TRAVAUX ANGLAIS

Le phénomène du genou dans la paralysie générale, par le docteur Julius Mickle. (*Brain*, janvier 1883.)

Dans cet article, l'auteur étudie les relations entre le phénomène du genou et les différents autres symptômes dans la paralysie générale. Il analyse ses variations de fréquence et d'intensité suivant le délire, les hallucinations, les douleurs, l'état de la sensibilité, des fonctions vésicales, la réaction de l'iris, l'accommodation, etc., qu'on observe dans la maladie.

Attaques de mélancolie parallèles chez deux jumelles, par le docteur Geo. M. Savage. (*The Journal of mental Science*, janvier 1883.)

Observation intéressante de deux sœurs, toutes deux prises de mélancolie avec stupeur, et chez lesquelles l'affection continue à évoluer séparément, malgré leur éloignement l'une de l'autre.

Manie chez des jumelles, par le docteur H. Clifford Gill. (*Mental Science*, janv. 1883.)

Observation analogue à la précédente, à cette différence près qu'il s'agit cette fois de manie et non pas de mélancolie, et que des deux sœurs l'une, moins atteinte, a guéri rapidement, tandis que l'autre, plus gravement atteinte, tend au contraire à s'enfoncer de plus en plus dans la maladie. Détail intéressant à relever : cette dernière malade était *tambour dans l'armée du Salut*, cette secte religieuse dont il est tant question depuis quelque temps.

Paralysie générale a la suite des blessures du crane, par le docteur Julius Mickle. (*Mental Science*, janv. 1883.)

Après avoir rapporté quatre observations de paralysie générale chez des soldats qui, tous, avaient reçu des blessures au crâne, l'auteur, discutant l'influence du traumatisme sur l'affection cérébrale, admet comme probable que les blessures de cette nature déterminent une prédisposition à l'affection terminale, en laissant derrière elles une épine inflammatoire qui, sous l'influence de causes excitatrices subséquentes, peut devenir le point de départ de la paralysie générale.

De l'influence de la syphilis héréditaire sur la production de l'idiotisme et de la démence, par le docteur Burg. (*Brain*, avril 1883.)

La syphilis héréditaire, d'après l'auteur, serait une cause plus fréquente de troubles intellectuels qu'on ne l'a supposé jusqu'à présent. La forme la plus habituelle de la maladie est un abaissement de l'intelligence se produisant à l'époque de la seconde dentition. L'idiotie congénitale est plus rare. Les lésions anatomiques consistent surtout dans l'ostéite spécifique des os du crâne, la méningite chronique, l'endartérite des vaisseaux de la base, enfin l'atrophie des cellules corticales.

TRAVAUX ALLEMANDS

Sur l'état de la température du corps dans quelques formes de maladies mentales, par W. Bechterew (de Saint-Pétersbourg). (*Archiv für Psychiatrie*, XIIIe volume, 3e cahier.)

Dans la *mélancolie*, la température peut au début s'élever jusqu'à 40 degrés cent. ou se maintenir entre 38 et 39 degrés; puis, à mesure que la dépression s'accentue, la température baisse et descend jusqu'à 36o,5 et même 35o,5. Quand la guérison survient, la température redevient normale. En outre, dans beaucoup de cas, la température du matin est plus élevée que celle du soir. Quant aux températures locales périphériques, elles sont très irrégulières et souvent différentes de 1 à 2 et 3 degrés pour des points symétriquement placés de chaque côté du corps.

Dans la *manie*, la marche de la température peut être divisée en trois périodes : dans la première, stade mélancolique, la température est au-dessous de la normale; dans la seconde, stade d'excitation, elle s'élève au-dessus du chiffre physiologique, avec des oscillations irrégulières; dans la troisième enfin, il y a abaissement notable. Les variations diurnes se caractérisent par une élévation le matin, un abaissement le soir.

Dans la *démence* et l'*idiotie*, la température est en général au-dessous de la moyenne.

Etude sur le pouls dans les maladies mentales, par le docteur Claus (*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, XXXIX volume, 3e cahier).

Dans cet article, qui est surtout une œuvre de critique relative aux travaux de Wolf, Mendel et Schüle, l'auteur constate que le pouls des aliénés se comporte, d'une façon générale, comme celui des autres sujets. Il affirme notamment, contrairement aux résultats qu'avait obtenus Wolf, qu'il n'existe pas de forme de pouls caractéristique pour la manie et la mélancolie.

Des hallucinations épileptiformes, par le docteur Adolf. Kuhn (*Prager Zeitschrift f. Heilkunde*, tome IV, 1883).

Se basant sur trois observations, qu'il rapporte, l'auteur appelle l'attention sur les états épileptoïdes, uniquement caractérisés par des hallucinations transitoires, avec perte momentanée de conscience.

Qu'il y ait ou non d'autres symptômes d'épilepsie, ce seul fait d'hallucinations ainsi caractérisées indique nettement un état épileptoïde, ce qu'on appelle encore l'épilepsie larvée. C'est pour ce motif que le docteur Kuhn appelle ces hallucinations « hallucinations épileptiformes ».

TRAVAUX ITALIENS

Statistique de l'épilepsie, par le professeur Morselli (*Archivio italiano per le malattie nervose*, etc., 1882, dernier fascicule, et 1883, fascicules 1 et 2).

Les recherches très intéressantes du professeur Morselli l'ont conduit aux résultats suivants :

Le chiffre absolu des épileptiques en Italie, calculé d'après les résultats de la révision militaire, serait d'un peu plus de *un* sur *mille* jeunes gens de 20 ans.

Le nombre d'épileptiques hospitalisés est de 1,170. Celui des

épileptiques vivant en liberté serait de 30,000 environ, inégalement répartis sur la surface du territoire, mais surtout nombreux dans le nord de la Sicile, Ravenne, Pise et Gênes.

La mortalité pour cause d'épilepsie est plus élevée dans le Piémont et la Ligurie que partout ailleurs, ce qui tiendrait, suivant l'auteur, à son origine surtout alcoolique. L'épilepsie absinthique serait à peu près inconnue en Italie.

Recherches sur le sang des aliénés atteints de folie pellagreuse, par le docteur Seppili (*Rivista sperimentale di freniatria et di medicina legale*, 8e année, fascicules 2, 3 et 4).

De ses recherches sur le sang de 55 aliénés pellagreux, l'auteur conclut que, dans la plupart des cas, il y a un certain degré, mais très variable d'hypoglobulie, et que cette diminution des globules est plus marquée chez la femme que chez l'homme.

La proportion entre les globules blancs et les globules rouges reste habituellement normale.

Poids spécifique de l'encéphale chez les aliénés, par le professeur Morselli (*Rivista sperimentale*, etc.)

Après un résumé historique de la question, l'auteur expose ses résultats personnels, qui l'ont conduit aux conclusions suivantes :

Le poids spécifique du cerveau chez les aliénés est supérieur en moyenne à celui des individus sains d'esprit. Les variations individuelles y sont aussi plus marquées. C'est dans les folies alcoolique et épileptique que le poids du cerveau est le plus élevé. Dans les folies chroniques, il est plus élevé que dans les formes aiguës.

Dr E. Régis.

BIBLIOGRAPHIE

Hygiener Führer durch Berlin (Le guide de l'hygiéniste à travers Berlin), par le docteur P. Bœrner. — Berlin, Max-Pasch, éditeur.

L'ouvrage dont nous venons de donner le titre est l'œuvre d'un homme placé à la tête d'un des principaux organes de la presse médicale allemande (Deutsche medicinische Wochenschrift), où les questions qui touchent à l'hygiène et à la médecine publique sont traitées avec un soin tout particulier. M. P. Bœrner s'est acquis une grande compétence dans l'étude de ces questions. C'est ce qui lui a valu la mission officielle de réunir, dans un travail d'ensemble, les renseignements les plus circonstanciés sur l'organisation de l'hygiène et de la médecine publique à Berlin et sur les nombreuses institutions établies dans la capitale de l'Allemagne pour répondre aux besoins variés de l'existence matérielle et morale des grandes agglomérations humaines. Le caractère officiel de l'ouvrage dit assez que M. P. Bœrner a été à même d'en puiser les matériaux aux sources d'information les plus sûres. Il ne faudrait pas croire, toutefois, que l'auteur s'est borné à aligner des documents d'un intérêt de premier ordre pour ceux qui s'adonnent d'une façon spéciale à l'étude des questions d'hygiène publique, mais pour ceux-là seulement. Son talent de publiciste lui a fourni les moyens d'écrire un livre à la fois instructif et attrayant pour tous ceux qui prennent part aux préoccupations médicales et sociales de notre époque.

Dans l'impossibilité où nous nous trouvons de donner de ce livre une analyse détaillée, nous allons en faire connaître la substance, en donnant l'indication des questions traitées dans les différents chapitres.

La première partie de l'ouvrage est consacrée à la *statistique*, et comprend les renseignements relatifs à la topographie, aux circonstances météorologiques, à l'habitat, aux mouvements de la population, à la mortalité des enfants, aux mouvements des malades dans les hôpitaux et hospices de Berlin, et à tout ce qui est relatif à l'hospitalisation. Les documents statistiques sont disposés avec beaucoup d'intelligence en vue des enseignements qu'on en peut déduire. Par exemple, le lecteur est mis facilement à même d'établir des parallèles entre la fréquence et les ravages d'une maladie aux différentes époques de l'année ou dans les différents quartiers de la ville, les circonstances météorologiques et telluriques et les conditions d'habitat qui sont étudiées avec un soin spécial.

La seconde partie du livre comprend tout ce qui touche à la santé publique et se compose des chapitres suivants :

I. Administration sanitaire. Autorités et institutions qui en dépendent.

II. Pavage, parcs, jardins publics et plantations ; entretien et arrosage de la voie publique ; service des eaux, lavoirs et bains publics ; service des égouts ; éclairage public.

En passant, disons qu'à Berlin le système du *tout à l'égout*, avec canalisation spéciale pour les matières excrémentitielles et utilisation de ces matières dans des champs d'irrigation, fonctionne depuis plusieurs années et paraît avoir exercé une heureuse influence sur la fréquence des maladies infectieuses.

III. Alimentation publique : Police sanitaire dans ses rapports avec l'alimentation ; abattoirs ; cuisines populaires, qui fonctionnent sur le modèle de nos fourneaux économiques ; *association des ménagères de Berlin* : cette association, dont le but est de lutter contre la cherté croissante des vivres par l'union des petits capitaux et la suppression des intermédiaires, mérite une mention spéciale. Elle est organisée sur une base quasi-scientifique, dispose d'un laboratoire pour l'analyse des matières alimentaires et l'examen des viandes, et entretient une école où l'art culinaire est enseigné au double point de vue de l'économie et de la bonne hygiène.

IV. Ecoles publiques. Nous relevons dans ce chapitre très intéressant, une institution dont la partie utilitaire et hygiénique se devine sans peine : c'est celle qui met à la disposition de la population berlinoise, des jardins réservés à l'instruction des enfants en plein air.

V. Assistance publique : hôpitaux royaux (entretenus par l'Etat) ; hôpitaux municipaux ; maisons hospitalières ; hôpitaux militaires.

A propos de ce chapitre, nous signalerons les renseignements que M. Bœrner donne sur la construction et l'organisation de l'hôpital Moabit, qui se compose de baraquements et qui est principalement destiné au traitement des maladies contagieuses.

VIII. Service des aliénés ; asiles.

IX. Organisation du service des vaccinations à Berlin. Institut vaccinal.

X. Prisons de Berlin.

XI. Inspection des cadavres ; cimetières.

XII. Cours publics consacrés à l'enseignement de l'hygiène

et des questions sanitaires : A. Université Frédéric-Guillaume; B. Ecole supérieure technique.

XIII. Associations issues de l'initiative privée et s'occupant de questions relatives à l'hygiène.

XIV. Organisation du transport des malades et des postes de secours. — Les registres du poste central mentionnent une moyenne annuelle de 600 à 700 cas ayant nécessité l'intervention immédiate d'un médecin, d'un chirurgien ou d'un accoucheur, et les autres postes, répartis entre les différents quartiers de la ville, ont, dans le courant de l'année 1881, donné des soins à 1,644 personnes (676 cas de maladies, 913 cas chirurgicaux, 55 accouchements).

XV. Service des incendies.

Ajoutons que le livre de M. Bœrner, édité avec luxe, renferme de nombreuses gravures ainsi que des devis et des plans qui facilitent l'intelligence des questions techniques traitées dans ce consciencieux travail. Nous aurons plus d'une fois l'occasion d'y puiser des renseignements utiles, à propos des problèmes d'hygiène publique qui tiennent aujourd'hui une si large place dans les discussions de nos sociétés savantes.

E. RICKLIN.

FORMULAIRE

REMÈDE ABORTIF CONTRE L'ORGELET.

Rec. Extrait fluide de belladone.... III gouttes.
Eau........................ 60 grammes.

M. s. a. A prendre toutes les heures une cuillerée à bouche de cette solution.

En même temps, on fera prendre au malade, toutes les heures d'abord, puis, après cinq ou six prises, toutes les trois heures, du sulfite de chaux à raison de 5 à 50 centigrammes par prise. Mais le plus souvent l'emploi de l'extrait de belladone suffit pour obtenir le résultat désiré. L'effet abortif de la médication ne se manifeste que quand celle-ci est employée dès le début, dans les huit ou dix heures qui suivent les premiers signes de l'irritation du follicule. (DRUGGISTS CIRC. AND CHEM GAZETTE.)

E. R.

CHRONIQUE

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec le plus profond regret la mort de M. Augustin Fabre, professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Marseille. Ce distingué et sympathique confrère, bien connu et justement apprécié de nos lecteurs, est mort presque subitement dans sa quarante-huitième année. Il réunissait toutes les qualités qui font le bon clinicien : les leçons qu'il a publiées en sont et resteront le brillant témoignage. Dans ses relations de confrère ou d'homme du monde, il ne comptait que des sympathies et des amitiés. Nous garderons, en ce qui nous concerne, le meilleur souvenir de celles que nous avons eues avec lui et qu'une mort inattendue est venue rompre si prématurément.

— Nous avons aussi le regret d'annoncer la mort de M. Morel, professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Nancy.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Charpentier, agrégé, est rappelé à l'exercice du 1er janvier au 29 février 1884.

***

— Par décret, en date du 26 décembre 1883, sont nommés membres du Conseil de surveillance de l'Assistance publique : MM. de Salverte, maître des requêtes au Conseil d'Etat; les docteurs Béclard, doyen de la Faculté de médecine, et Moutard-Martin, médecin des hôpitaux de Paris; Goupy, représentant du Conseil des prud'hommes, et Rochard, négociant, pris en dehors de toute catégorie.

***

Par décret, en date du 15 janvier 1884, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de directeur : M. Bérenger-Féraud, médecin en chef.

Au grade de médecin en chef : M. Fabre, médecin principal.

Au grade de médecin principal : Deuxième tour (choix), M. Le Grand, médecin de première classe.

***

HÔPITAUX DE MARSEILLE. — M. le docteur d'Astros (Léon) est nommé médecin adjoint des hôpitaux.

***

HOTEL-DIEU DE REIMS. — Le concours pour la place de médecin suppléant près ledit hôpital s'est terminé par la nomination de M. le docteur Hoël.

***

HÔPITAUX DE LYON. — M. le docteur A. Fochier, chirurgien major de la Charité, devient chirurgien titulaire; M. le docteur Eugène Vincent entre en fonctions comme chirurgien-major de la Charité et prend le service de la Maternité; M. le docteur Laroyenne, ancien chirurgien titulaire de la Charité, reste chargé du cours complémentaire des maladies des femmes; M le docteur Bouchacourt reste à la tête de la clinique obstétricale.

***

HÔPITAUX ET HOSPICES DE BORDEAUX. — Le service médico-chirurgical des hôpitaux et hospices se trouve constitué de la façon suivante :

Services de médecine. — HÔPITAL SAINT-ANDRÉ. — Médecins titulaires : MM. Riquard (salles 13 et 4), Vergely (salles 14 et 5), Solles (salles 12 et 3), Lande (salles 19 et 20). — Médecins adjoints : MM. Verdalle, Arnozan, Rondot et Davezac.

HÔPITAL DES ENFANTS — Médecin titulaire : M. Négrié. — Adjoint : M. Artigalas.

HOSPICE GÉNÉRAL (VIEILLARDS). — Médecin titulaire : M. Mandaillon. — Adjoint : M. Durand.

INCURABLES. — Médecin titulaire : M. Saint-Philippe. Adjoint : M. Bouvet.

Services de chirurgie. — HÔPITAL SAINT-ANDRÉ. — Chirurgiens titulaires : MM. Demons (salles 10 et 1), Dudon (salles 11 et 2). — Chirurgiens adjoints : MM. Poinsot et Dubourg.

HÔPITAL DES ENFANTS. — Chirurgien titulaire : M. Baudrimont. — Ajoint : X...

***

Sont nommés officiers de l'instruction publique : MM. les docteurs Masse, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux; Fayet, professeur à l'Ecole de médecine de Caen; Fredet, suppléant à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand; Maillard et Viallanes, professeurs à l'Ecole de médecine de Dijon; Herbet, professeur à l'Ecole de médecine d'Amiens; Rambaud, professeur adjoint à la Faculté de médecine de Lyon; Gross, professeur à la Faculté de médecine de Nancy; Aubrée, professeur à l'Ecole de médecine de Rennes, et Saillard, professeur à l'Ecole de médecine de Besançon.

Sont nommés officiers d'Académie : MM. Panis, professeur à l'Ecole de médecine de Reims; Prunier, agrégé près l'Ecole de pharmacie de Paris; Chapoy, suppléant à l'Ecole de médecine de Besançon; Pitres, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux; Thierry, professeur à l'Ecole de médecine de Rouen; Castiaux, professeur à l'Ecole de médecine de Lille; Berlioz, profes-

seur à l'Ecole de médecine de Grenoble; Letiévant, professeur adjoint à la Faculté de médecine de Lyon; Bimar, agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier; Frébault, professeur à l'Ecole de médecine de Toulouse; Arnaud, aide-naturaliste au Muséum; Chamberland, sous-directeur du laboratoire de chimie physiologique de l'Ecole des hautes-études à l'Ecole normale supérieure, et Moquin-Tandon, professeur à la Faculté des sciences de Besançon.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 11 AU JEUDI 17 JANVIER 1883.

Fièvre typhoïde 30. — Variole 2. — Rougeole 17. — Scarlatine 0. — Coqueluche 13. — Diphtérie, croup 48. — Dysentérie 1. — Erysipèle 6. — Infections puerpérales 6. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 54. — Phtbisie pulmonaire 205. — Autres tuberculoses 16. — Autres affections générales 76 — Malformation et débilité des âges extrêmes 62. — Bronchite aiguë 36. — Pneumonie 77. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés: au biberon 31, — au sein et mixte 20. — Inconnu 5. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 110. — de l'appareil circulatoire 66. — de l'appareil respiratoire 84. — de l'appareil digestif 42 — de l'appareil génito-urinaire 25. — de la peau et du tissu lamineux 4. — des os, articulations et muscles 3. — Après traumatisme: Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 48. — Causes non classées 6. — Total de la semaine: 1093 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE UNIVERSELLE DES SCIENCES MÉDICALES avec « Index alphabétique annuel » indiquant les matières contenues dans les journaux spéciaux et les ouvrages publiés en toutes langues et dans tous pays, classés d'après l'ordre méthodique des sujets traités, suivi d'une « Table alphabétique des auteurs », publication mensuelle dirigée par le docteur comte Meyners d'Estrey.

L'objet de cette REVUE est de mettre le praticien et l'auteur à même de retrouver immédiatement les sources à consulter pour un sujet quelconque.

La REVUE BIBLIOGRAPHIQUE formera tous les ans un fort volume grand in-8 d'au moins 600 pages. — Prix de l'abonnement : 30 fr. par an. — Pour s'abonner, il suffit d'écrire à M. Ch. Grémiaux, secrétaire général, 6, place Saint-Michel, Paris.

ANNUAIRE PARISIEN ANNÉE 1884. — Cet Annuaire est le « Vade mecum » indispensable à chacun. L'étranger y trouve un plan de Paris, le prix des places des théâtres, l'itinéraire des omnibus et tramways, la liste méthodique des rues. Le Parisien peut y puiser tous les renseignements administratifs, judiciaires, militaires, municipaux et financiers, avec le nom et l'adresse de tous les fonctionnaires. Un volume de plus de 300 pages. — Prix 1 fr. — En vente dans les bureaux des omnibus, les gares et les principales librairies. — Paris, J. Ressayre, éditeur, 22, rue Saint-Sulpice.

NOUVELLE ÉTUDE SUR L'HYGIÈNE DE LA GÉNÉRATION, par l'auteur du MARIAGE ; L'IMPUISSANCE ET LA STÉRILITÉ : L'Onanisme seul et à deux sous toutes ses formes et leurs conséquences, 1 vol. in-12 de 562 pages. — C'est le malthusianisme moderne dévoilé et analysé dans ses horribles turpitudes avec les nouvelles distinctions observées isolément sur les deux sexes et entre eux.

En précisant les effets dangereux et les maladies de ces pratiques, ce livre s'adresse à tous pour prévenir ou guérir ce redoutable mal individuel et social.

A la librairie Garnier frères, 6, rue des Saints-Pères, Paris.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie Ed. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

55e année. 7e série. Tome Ier. N° 5 2 FÉVRIER 1884

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**
Membres : MM. les Drs **J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN;**
Secrétaire : M. le Dr **E. RICKLIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

CLINIQUE CHIRURGICALE

PRONOSTIC ET TRAITEMENT DU CANCER DU SEIN. — Leçon de M. Ch. MONOD, suppléant de M. le professeur TRÉLAT, recueillie à l'hôpital Necker par le docteur DESNOS, ancien interne des hôpitaux, et revue par le professeur MONOD.

Suite et fin. — Voir les numéros 1 et 4.

Quelle conclusion générale pouvons-nous, messieurs, tirer de ce long exposé ? Pour moi, sans attacher aux chiffres que je vous ai cités plus d'importance qu'il ne convient, je crois cependant que des faits et des considérations qui précèdent se dégage cette impression que l'intervention chirurgicale dans le cancer du sein ne doit pas être *à priori* rejetée.

Mais, pour être réellement utile, elle doit satisfaire à deux conditions essentielles : elle doit être faite en temps opportun; elle doit être aussi complète que possible.

C'est dire que l'opération sera précoce. Je ne saurais trop insister sur ce point. Elle sera pratiquée, si l'on est consulté à temps, avant que sept ou neuf mois ne se soient écoulés depuis le début de la maladie. A cette époque, nous l'avons vu, la tumeur est encore intra-mammaire, elle n'a touché ni la peau ni les ganglions, à plus forte raison n'adhère-t-elle pas au thorax. On peut dès lors être à peu près certain, en enlevant la glande entière, d'emporter tout le mal.

J'appliquerais donc volontiers au cancer du sein la doctrine qui a été si souvent, ici même, défendue devant vous par mon excellent maître, le professeur Trélat, à propos du cancer de la langue.

Le diagnostic du cancer de la langue doit être fait de bonne heure, alors que le mal est bien circonscrit et d'un accès facile ; faite à cette époque, l'opération sera vraiment efficace, parce qu'elle pourra dépasser largement les limites de la lésion ; elle sera moins grave aussi, parce qu'elle ne nécessitera pas les grands délabrements que commandent des altérations plus étendues ou plus profondes. Il en est exactement de même pour le cancer du sein ; et l'on pourrait ajouter, pour tout cancer occupant une région anatomiquement bien limitée, où le mal peut être à son début, par une opération bien conduite, nettement circonscrit et largement enlevé.

Dans ces conditions, il est permis de parler de la curabilité du cancer. J'ai la conviction qu'à l'avenir, à mesure que les chirurgiens se conformeront mieux aux règles de conduite que nous venons de rappeler, les guérisons définitives deviendront moins rares.

Il faut malheureusement compter avec l'indifférence et la pusillanimité des malades, qui viendront habituellement à vous lorsque cette première période, de tout point favorable, sera passée. Alors même cependant, lorsque la peau est déjà prise, mais pas sur une trop grande étendue, lorsque les ganglions sont tuméfiés, mais accessibles, lorsque l'adhérence au thorax n'est pas trop étroite, il est encore possible de faire une opération utile. Il est bien remarquable en effet que, parmi les opérées demeurées définitivement guéries, on en compte quelques-

FEUILLETON

Eloge de Paul Broca

lu à la séance annuelle de la Société de chirurgie, par M. le docteur HORTELOUP, secrétaire général.

Messieurs,

La carrière de M. Broca a été une des plus brillantes que puisse rêver l'ambition humaine, et notre illustre collègue a dû connaître toutes les joies, toutes les satisfactions d'amour-propre que peuvent donner de grands et légitimes succès. Mais, sans hésitation, il les aurait certainement toutes données pour celles que lui réservait la soirée du 19 février 1880, où ses élèves, ses amis, ses collègues l'entouraient pour célébrer son élévation à la dignité de sénateur inamovible.

De tous les points de la France ils étaient accourus, heureux de féliciter de ce nouveau triomphe celui qu'ils aimaient, heureux d'applaudir au choix de la Chambre haute qui venait de faire entrer dans le Parlement un homme dont l'immense savoir pouvait rendre de si grands services au pays.

Aussi l'émotion fut-elle vive lorsque M. Broca prononça cette parole : « Si j'étais superstitieux, je croirais qu'un grand malheur me menace, car jamais je n'ai été si heureux. »

Six mois ne s'étaient pas écoulés que nous apprenions avec consternation la mort de M. Broca.

Quelques heures, quelques secondes peut-être avaient suffi pour anéantir une des plus belles intelligences dont ait le droit de s'enorgueillir une nation.

En présence d'un événement aussi inattendu, frappant, dans la maturité du talent, un homme qui pouvait compter encore sur de nombreuses années de vie, ne serait-on pas tenté de répéter les paroles que la douleur arrachait à Bossuet devant le cercueil d'un grand de la terre : « Non, après ce que nous venons de voir, la santé n'est qu'un nom, la vie n'est qu'un songe, la gloire n'est qu'une apparence, tout est vain en nous. »

Cette mélancolique réflexion, hélas ! trop souvent vraie, lorsque, pour tout souvenir de son passage sur cette terre, un homme ne

unes qui portaient des tumeurs déjà ulcérées, adhérentes à la peau et aux muscles, avec ganglions largement infiltrés. Nous avons donné plus haut le résultat des recherches de Sprengel qui établissent ce fait, tout en montrant en même temps que la guérison est alors beaucoup moins fréquente que chez les malades opérées plus tôt.

Je puis à cet égard vous citer une observation personnelle. Je vois encore en ce moment une malade opérée pour la première fois par Broca en mai 1880, réopérée par moi en septembre 1881, qui revint me trouver cinq mois plus tard avec une récidive évidente. Sur sa demande instante, je l'opérai une troisième fois. Le sacrifice fut énorme ; je dus emporter avec la tumeur non seulement un large segment de peau, mais toute la masse musculaire attenante, mettant à nu la paroi thoracique sur une grande étendue. La guérison fut lente, mais parfaitement heureuse. L'opération date de février 1882. Il n'y a aujourd'hui encore (octobre 1883) aucune trace de récidive locale ; l'état général reste bon. A tout le moins la survie est-elle considérable. J'ajoute que la tumeur, examinée au microscope, était un carcinome alvéolaire vrai.

C'est en pareil cas qu'il importe par-dessus tout de faire une opération radicale. Depuis longtemps, en France, le professeur Verneuil a donné le conseil de pratiquer, même dans les cancers limités du sein, l'ablation de la glande entière, y compris, dans la plupart des cas, comme je vous le disais tout à l'heure, l'aponévrose du grand pectoral. A plus forte raison en agira-t-on ainsi lorsque le mal envahit ou menace toute la glande. Il est clair que si les muscles sont adhérents, on en fera largement le sacrifice.

On se comportera de même vis-à-vis des ganglions axillaires. J'ai employé plus haut le mot de *toilette* du creux de l'aisselle, qui exprime bien le soin que le chirurgien doit apporter à l'inspection exacte et au nettoyage minutieux de la cavité axillaire. Dans une communication récente à la Société de chirurgie, mon excellent collègue le docteur Kirmisson a insisté sur l'importance de ce temps de l'opération. Il est bien près de dire que dans toute ablation de cancer du sein l'incision doit être prolongée jusque dans l'aisselle, afin de permettre l'exploration directe de la région. Bien souvent en effet on découvre au cours de l'opération quelques glandes malades qui avaient échappé au palper le plus attentif à travers la peau intacte.

Vous ne vous contenterez pas, en tout cas, d'enlever celles qui sont manifestement atteintes, mais, fouillant avec le doigt tous les points accessibles, vous poursuivrez au besoin jusque sous la clavicule toute tuméfaction suspecte.

Si les sensations perçues sont vagues, le mieux est d'extraire tout le paquet graisseux qui remplit l'aisselle. Presque à coup sûr, en l'examinant après coup, vous y trouverez de petits ganglions que le microscope vous montrera déjà dégénérés.

Küster, en Allemagne, qui extirpe systématiquement le contenu de l'aisselle alors même que l'on ne peut sentir aucune tuméfaction évidente, affirme que toujours, à deux exceptions près, les ganglions axillaires présentaient déjà un commencement de dégénérescence cancéreuse. Dans la discussion qui suivit sa communication, on s'accorda à reconnaître l'utilité de l'ablation de tout ganglion malade. Esmarck va plus loin encore : dans les cas où l'adhérence des ganglions et des vaisseaux de l'aisselle rendrait impossible l'extirpation des premiers sans lésion grave des seconds, il estime que l'on est autorisé à pratiquer la désarticulation de l'épaule. Dans un cas où il a agi de la sorte, la malade a guéri et n'a pas eu de récidive. Le moyen est radical. Mais, quelque partisan que je sois des opérations complètes en matière de cancer, je le crois hors de proportion avec les résultats que l'on en peut attendre. Je crois surtout qu'il serait bien rarement indiqué d'y avoir recours. Presque toujours en effet on parvient à enlever les ganglions en ménageant les vaisseaux. Dans le cas contraire, il s'agit habituellement d'une lésion de date ancienne, ou au contraire d'un de ces cancers à marche rapide que l'on a quelquefois désignés sous le nom de « cancers galopants ». Dans ces deux conditions, les altérations ont le plus souvent déjà franchi les limites de l'aisselle, auquel cas, comme nous le verrons dans un instant, l'abstention est de règle.

Je pourrais m'arrêter ici, messieurs, et ne rien ajouter à ces considérations générales sur le pronostic et le traitement du cancer du sein. Je ne veux pas cependant vous laisser partir en emportant l'impression que je suis de ceux qui opèrent toujours et quand même. Ce n'est pas là ce que j'ai voulu vous enseigner. Je considère bien au contraire que, dans certains cas l'opération peut être formellement contre-indiquée.

Il en est ainsi, par exemple, lorsque le néoplasme mammaire

---

laisse que les titres des places qu'il a occupées, n'est pas à redouter pour le travailleur ; et à qui pourrait-on plus justement donner ce glorieux surnom qu'à M. Broca, dont les ouvrages sont si nombreux qu'à peine pourrai-je vous les énumérer.

Jamais plus qu'aujourd'hui, messieurs, je n'ai compris le périlleux honneur d'être votre secrétaire général, car pour parler dignement devant vous de M. Broca il faudrait.... un autre Broca ; il faudrait être l'écrivain élégant à qui vous devez les inimitables éloges de Bonnet, de Gerdy, de Lenoir ; il faudrait être le critique au jugement impartial et élevé, pour vous exposer tous ses grands travaux chirurgicaux ; il faudrait, enfin, posséder son savoir encyclopédique pour vous conduire sûrement à travers ce labyrinthe anthropologique dont son vaste cerveau avait entrepris la conquête.

J'ai peu fréquenté M. Broca, et je craignais de ne pouvoir apprécier ces qualités intimes qui le rendaient si cher à ceux qui l'approchaient ; mais une heureuse circonstance m'a permis, je l'espère, de combler ce vide. J'ai eu entre les mains la correspondance que M. Broca échangea avec ses parents depuis son arrivée à Paris, et j'ai passé de bien agréables instants dans la lecture de ces lettres écrites sans préparation, où la joie, les craintes, les espérances sont exposées à cœur ouvert. En 1841, le service postal ressemblait peu à celui que nous possédons, et la raison d'économie exigeait souvent qu'on attendît une occasion pour écrire ; aussi ces lettres, dans lesquelles M. Broca racontait non seulement sa vie, mais tout ce qui se passait dans les hôpitaux, à la Faculté, forment-elles de véritables mémoires.

Vous me permettrez, messieurs, d'y faire quelques emprunts, et j'espère que vous ne le regretterez pas.

Quoique éloigné de la maison paternelle, M. Broca était tenu au courant de tout ce qui s'y passait, et j'ai pu me croire transporté à Sainte-Foy la-Grande, au milieu de cette vieille famille huguenote qui eut pour règles de la vie le travail et le devoir, pour principes le libéralisme, l'équité et le dévouement.

Pendant quelques heures, j'ai cru vivre auprès de son père, le docteur Benjamin Broca, homme de bien, qui rapporta de son service, pendant la guerre d'Espagne, l'horreur des dissentiments politiques et religieux, et qui fut toujours prêt à se rendre au premier appel d'un malade, sans savoir s'il trouverait des honoraires péniblement gagnés ; auprès de ses vieilles tantes qui, après avoir

s'accompagne de nodosités cutanées disséminées à la surface de la région malade. Je ne parle pas ici de l'envahissement de la peau, de la profondeur vers la superficie, qui fait partie, comme nous l'avons vu, de l'évolution normale du cancer du sein, mais bien de petites masses indépendantes de la tumeur principale, de même nature cependant et se développant en même temps qu'elle ou peu après. Elles s'étendent souvent au loin sur la peau du thorax. On peut être certain en tout cas qu'il en est quelques-unes, en voie de formation, trop petites pour être reconnues, qui resteront forcément en dehors du champ opératoire. En pareil cas, une opération complète est impossible; la récidive dans la cicatrice ou dans son voisinage est fatale.

L'abstention est d'autant mieux indiquée que l'affection abandonnée à elle-même marche souvent avec une certaine lenteur, qu'elle n'est pas d'ailleurs de celles qui, par leur volume ou par les douleurs qu'elles occasionnent, tourmentent le plus les malades.

Velpeau, qui donnait à cette variété de cancer du sein le nom de *squirrhe pustuleux ou disséminé*, rapporte deux observations où, après l'ablation d'une tumeur mammaire, la récidive se fit sous cette forme avec une rapidité foudroyante. Je ne saurais donc vous recommander trop d'attention dans l'examen de la peau chez les malades qui se présenteront à vous pour être opérées. Pour moi, je vous le disais au début de cet entretien, il suffit de la présence d'une seule de ces nodosités isolées, situées à la surface de la peau ou dans son épaisseur, pour que je me refuse à toute intervention.

Le *cancer en cuirasse* de Velpeau, qui est plutôt un cancer des téguments que de la glande elle-même, s'étendant à toute la peau de la partie antérieure du thorax, est aussi un de ceux auxquels il ne faut pas toucher.

J'en dirai autant du *squirrhe atrophique* ou *rétractile* du même auteur, qui se rencontre presque exclusivement chez les femmes âgées. Le sein, loin d'augmenter de volume, se ratatine et paraît revenir sur lui-même; l'ulcération, lorsqu'elle se produit, forme une anfractuosité étroite et profonde, non saignante et suppurant peu; et surtout, fait bien remarquable, le mal peut être porté pendant des années sans qu'il paraisse retentir aucunement sur l'état général. Velpeau rapporte avoir vu des malades vivre dix, quinze et jusqu'à vingt ans avec des productions de ce genre, qui ne les incommodaient pas autrement. Il faut donc ici encore savoir ne pas agir, bien que la tumeur soit petite, limitée et semble inviter à l'opération; l'intervention ne ferait qu'accélérer la marche de la maladie et hâter la terminaison fatale.

A l'autre extrême de la vie, vous trouverez encore des cas dans lesquels il vaut mieux s'abstenir. Ils sont plus difficiles à définir. C'est chez des femmes encore jeunes, fraîches et souvent grasses, ayant toutes les apparences de la santé la plus parfaite. Les seins sont gros, proéminents, et ne paraissent pas malades au premier abord. L'un d'eux cependant est manifestement plus volumineux, il est dur; on y perçoit une masse principale formant tumeur, mais le tissu glandulaire voisin n'a plus la souplesse normale; en l'explorant avec soin, on y découvre des indurations à limites peu précises disséminées dans toute l'étendue du sein. Profondément dans l'aisselle, à travers une couche épaisse de tissus graisseux, on perçoit des ganglions tuméfiés. Nélaton insistait dans ses leçons sur ces cas, qu'il considérait comme de véritables *noli me tangere*. Ici encore, lorsque l'on opère, la récidive se fait avec une promptitude extrême, le plus souvent dans la plaie avant qu'elle ne soit fermée. Laissée à elle-même, la maladie marche avec une non moins grande rapidité. La mort survient ordinairement un an au plus après le début du mal. J'ai eu occasion de voir avec le docteur Tillaux un fait de ce genre qui m'a vivement frappé. Mon savant collègue avait parfaitement apprécié la gravité du cas; l'événement lui a donné pleinement raison.

Enfin ai-je besoin de vous dire que, si vous constatez chez vos malades la moindre trace de généralisation, la non-intervention sera un devoir absolu? Je me contenterai à cet égard de vous signaler l'importance de la recherche des ganglions sus-claviculaires. S'ils sont manifestement tuméfiés, n'opérez pas. On peut considérer leur altération comme étant, presque à coup sûr, l'indice d'une généralisation commençante. Lorsque les produits néoplasiques ont du sein gagné les ganglions axillaires et que, franchissant cette première barrière, ils ont atteint les ganglions sous-pectoraux, puis ceux qui siègent au-dessus de la clavicule, il y a grande chance pour que l'infection se soit propagée plus loin, sans peut-être se révéler encore par des signes appréciables à l'exploration directe. On ferait donc en intervenant une opération inutile et même nuisible. S'abstenir sera plus sage.

---

protégé l'enfance du père, étaient heureuses de reporter sur le fils toute leur sollicitude; auprès de sa mère, femme d'un esprit supérieur, qui exerça sur son fils la plus grande influence. Mme Broca, fille d'un pasteur, M. Thomas, maire de Bordeaux sous la République, avait assisté aux regrettables journées de la Terreur blanche pendant la Restauration : aussi donna-t-elle de bonne heure à son fils l'amour de la liberté, mais de la liberté pour tous, et s'inspirant, peut-être sans le savoir, de Voltaire, elle chercha à lui enseigner que « la tolérance est aussi nécessaire en politique qu'en « religion, et que c'est l'orgueil seul qui est intolérant ».

Ce fut elle qui développa chez son fils cette régularité dans le travail que nous avons tous admirée et qui permit à M. Broca de mener de front des occupations qui auraient pu suffire à l'activité de plusieurs.

On retrouve, pendant les premières années de cette correspondance, la preuve de l'inquiète sollicitude de Mme Broca. Pas une nouvelle occupation, pas une distraction dont son fils ne lui rendit compte; elle voulait connaître tout ce qu'il faisait, et, même chirurgien des hôpitaux, agrégé de la Faculté, M. Broca envoyait encore à sa mère un tableau indiquant jour par jour, heure par heure, l'emploi de son temps.

Pas une acquisition n'était faite sans que le fils n'en référât à Sainte-Foy; souvent les négociations étaient difficiles : vite une longue lettre au raisonnement précis, à la discussion serrée, venait détruire de fond en comble l'objection et dissiper les craintes. A propos d'un nouvel embellissement, qui n'était pas accueilli favorablement, il fallut plusieurs lettres, et la dernière se terminait ainsi : « Je pourrais bien me passer de votre consentement, car « j'ai l'argent nécessaire dans mon tiroir, mais vous savez bien, « mes chers parents, que je ne veux rien faire sans votre assenti« ment, et que je ne ferai jamais rien que vous n'approuviez « pas. »

Toute cette correspondance, empreinte de ce respectueux sentiment filial qui éclaire d'une façon touchante la grande figure de M. Broca, vient confirmer cette belle pensée d'un philosophe : « L'école de la volonté, c'est le foyer domestique; c'est de là, c'est « de ce centre béni que sortent les grandes affections et les ca« ractères fortement trempés pour la lutte et le travail. »

En dehors de ces contre-indications et dans les conditions que je vons ai exposées plus hant, j'estime que le cancer du sein pent et doit être opéré.

Ces conditione, je les résume d'un mot : opération *précoce*, si possible ; en tout cas, opération *complète*.

Ainsi conduite, votre intervention sera abeolument justifiée et vous ponvez espérer qu'elle eera ntile. Elle procurera à votre malade an moins quelques mois de survie et parfois — plus souvent qu'on ne le croit communément — une guérison définitive.

DERMATOLOGIE

Du mycosis fongoïde et spécialement des manifestations cutanées de la lymphadénie (1), par le docteur Paul Fabre (de Commentry).

Considérations générales. — A propos d'un cas de mycosis fongoïde qui est tombé eous mon observation, je voudrais faire ressortir les caractères qui permettent aujourd'hui d'assigner à ce processus morbide un rang dans le cadre pathologique.

Ce fut Alibert qui eut, je ne dirai pas l'honneur de créer cette dénomination, car ce nom est un pléonasme hybride répétant en latin ce que le grec a dit déjà, mais enfin ce fut Alibert qui le premier accoupla ces deux termes « mycoeis » et « fongoïde », qui l'un et l'autre veulent dire : champignon.

Comme le mycosis est une affection excessivement rare (M. Bazin, en 1876, n'a pu en trouver que 11 cas (2) dans la science), beaucoup de dermatologietes ont rapporté cette appellation à des maladies différentes : les uns au « molluecum contagiosum » (Cazenave et Schedel, puis Gibert), d'autres au « pian », aux « yaws », d'autres encore aü « bonton d'Amboine » on à la « verruga ». Tilbury Fox attribuait ce nom an « frambœsia ».

Mon excellent maître M. Hardy, euivi en cela par le professeur Hebra (de Vienne), avait rattaché cette affection au lichen ; il en faisait, il est vrai, une forme spéciale, le lichen hypertrophique.

Mais l'histologie n'était pas encore venue dire son mot sur la nature de cette maladie.

C'est à Bazin et au docteur Guerard, son élève, que revient le mérite d'avoir dégagé cette entité pathologique du groupe des maladies avec lesquelles on tendait à la confondre.

Néanmoins cette affection resta quelque tempe encore mal définie jusqu'en 1868, jusqu'au jour où le docteur Gillot (1), ayant eu l'occasion d'observer à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de son maître M. Hillairet, un cas typique de mycosis, démontra le premier la constitution anatomique des tumeurs particulières à cette affection, en s'appuyant sur les examens microscopiques du professeur Ranvier.

L'identité de ces néoplasmes avec les ganglions lymphatiques était désormais reconnue, et le docteur Emile Demange put, dans son étude générale sur la *lymphadénie*, faire rentrer le mycosis fongoïde dans les maladies de nature lymphatique, en l'ajoutant à la lencocythémie splénique et à la leucocythémie gauglionnaire, à l'adénie, à certaines hypertrophies des amygdales et à la lymphadénie intestinale.

Dès lors un grand pas était fait.

C'est surtout la localisation cutanée de la lymphadénie, le mycosis, que je voudrais caractériser dans sa marche et dans ses principaux phénomènes ; mais, pour décrire cette affection, il importe de s'appuyer moins sur la nature des lésions (les tumeurs mycosiques se développant en général très tardivement) que sur la marche générale des symptômes, car le mycosis forme bien une maladie à part.

(1) La première partie de ce travail et l'observation du cas de mycosis qui l'accompagne ont été communiquées à l'Académie de médecine, le 4 novembre 1879. Une commission, composée de MM. Hardy et Hillairet, fut nommée pour faire un rapport sur ma communication. M. Hillairet, chargé d'écrire ce rapport, est mort avant de l'avoir terminé. Je me décide aujourd'hui à publier mon mémoire que j'ai pu compléter (le sujet de mon observation étant mort depuis) et mettre au courant de l'état actuel de la science.

(2) *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, article Mycosis fongoïde.

(1) Le docteur H. Kœbner avait cependant examiné déjà, en 1861, des fragments de tumeurs mycositiques provenant de malades du service de M. Hardy, à l'hôpital Saint-Louis (V. *Klinische und experim. Mittheilungen aus der Dermatologie und syphilid.* — Erlangen, 1864). Consulter à ce sujet un article de M. Ernest Besnier dans les Annales de dermatologie et de syphiligraphie du 25 janvier 1884.

M. Paul Broca est né dans la Gironde, à Sainte-Foy-la-Grande, le 28 juin 1824.

Ce fut au collège de cette petite ville qu'il fit toutes ses études ; à 16 ans il obtenait le diplôme de bachelier ès lettres et quelques mois plus tard celui de bachelier ès sciences mathématiques.

Son désir était d'entrer à l'Ecole polytechnique et, pour s'y préparer avec plus de chance, il obtint d'être chargé au collège du cours de mathématiques spéciales. Son succès était certain, lorsqu'un triste événement vint changer ses projets. Ses parents ne voyaient pas sans peine leur fils embrasser une carrière qui devait forcément l'éloigner de la famille, mais une fille leur restait et l'espoir de l'établir près d'eux imposait silence à leurs regrets. Cette enfant leur fut enlevée lorsque M. Broca avait déjà subi les premières épreuves : il abandonne le concours, décide qu'il étudiera la médecine pour revenir à Sainte-Foy succéder à son père, et le 17 octobre 1841 il prenait sa première inscription.

Les premiers mois de son séjour à Paris furent pénibles, car, effrayés de voir leur fils vivre seul, M. et Mme Broca avaient obtenu qu'il entrât comme maître d'études à Sainte-Barbe.

Les occupations, messieurs, qui lui furent confiées n'étaient certes pas faites pour l'encourager : « Je ne suis pas maître d'études, « écrivait-il, je ne suis même pas surnuméraire, moins que cela, je « suis exécuteur des hautes-œuvres, bourreau ! C'est moi qui suis « chargé de faire subir les punitions et de surveiller les élèves pendant la retenue. »

Malgré ses modestes fonctions, si peu en rapport avec son caractère, M. Broca aurait pu rester encore longtemps à Sainte-Barbe si elles s'étaient accordées avec les heures des cours de la Faculté ; mais, au commencement du semestre d'été, il démontra si nettement l'impossibilité de pouvoir faire quelque chose de sérieux qu'il obtint, à sa grande joie, l'autorisation de quitter Sainte-Barbe.

Il se mit au travail avec acharnement, rédigeant avec soin tous ses cours, prenant des notes sur toutes ses lectures, commençant ce trésor bibliographique qui viendra en aide à sa surprenante mémoire.

Chacune de ses lettres nous le montre élargissant le cercle des études, en comprenant toute l'immensité ; mais, loin de s'en effrayer, se réjouissant d'étudier une si belle science malgré ses imperfections, et s'écriant avec l'enthousiasme d'un jeune néophyte :

CARACTÈRES, ÉVOLUTION ET MARCHE DU MYCOSIS FONGOÏDE. — L'un des caractères les plus remarquables de cette singulière maladie est sa longue durée. Dans son évolution, en effet, elle parcourt des phases très diverses, qui expliquent sans les justifier les divergences d'opinion existant parmi les auteurs qui souvent n'ont pu assister qu'à l'une quelconque de ces phases.

Le nommé Antoine G..., trieur au charbon des houillères de Commentry, marié, père de cinq enfants, avait en en 1859 une fièvre typhoïde et en 1862 une hémorrhagie cérébrale qui lui laissèrent un affaiblissement marqué des facultés intellectuelles. Sa santé alla dès lors toujours déclinant, et cependant il continua son travail presque sans interruption. C'est de 1869 à 1872 que survinrent les premières manifestations de sa maladie; il eut des éruptions qui se rapprochaient de l'urticaire et qui se répétèrent assez souvent.

A cette première période, qu'on devra appeler « période congestive » et qui chez G... a duré plus de deux ans, se rattachent de la cuisson, un peu d'insomnie, souvent des sueurs profuses, de l'inappétence, et même parfois de vraies indigestions.

Une seconde période, que l'on pourrait nommer *période lichénoïde*, est caractérisée surtout par des démangeaisons excessives et par une éruption de lichen, véritable lichen agrius. L'insomnie est beaucoup plus marquée que dans la première période, les sueurs sont encore abondantes, les troubles digestifs sont peu accusés. L'état général est passable. Mon malade en effet pouvait fournir un travail peu pénible, il est vrai, mais d'une manière assez régulière.

A cette période en succède une troisième que j'appellerai *période de transition*, laquelle n'existe pas dans tous les cas, mais qui chez G... a été bien marquée. Des papules de lichen se voient toujours sur une assez vaste étendue; mais, en diverses régions, commencent à apparaître des plaques indurées, saillantes, généralement arrondies, de dimensions variant depuis celles d'une pièce de 50 centimes jusqu'à celles d'une pièce de 2 fr., à surface aplatie, quelquefois rugueuse, d'un rouge brun. Ces plaques ne présentent généralement aucun suintement. Ailleurs apparaissent de véritables éruptions eczémateuses très diversement disposées et habituellement réunies en groupes de 2 à 3 centimètres de diamètre. Ces groupes sont eux-mêmes placés de différentes manières; ils affectent une disposition parfois circinée, d'autres fois elliptique, d'autres fois encore on ne peut plus irrégulière, chaque groupe étant séparé du groupe voisin par des espaces de peau saine.

Ces surfaces eczémateuses s'ulcèrent, suintent, se recouvrent de croûtes, sèchent et finissent par se cicatriser si bien que toute trace en peut disparaître.

Il arrive un moment où sur le même individu l'on peut voir simultanément, et c'était le cas de mon malade en octobre 1879, du lichen, des plaques indurées à coloration un peu bronzée, des plaques d'eczéma à l'état vésiculeux, des groupes de vésicules d'eczéma suintant, des ulcérations cutanées parfois assez étendues pour faire penser aux ulcères variqueux, s'il existait des varices, des cicatrices à diverses périodes, des points où la peau encore rugueuse voit disparaître la dernière trace des cicatrices, des surfaces ressemblant à du pityriasis et enfin des places qui paraissent avoir été desquamées récemment comme à la suite du psoriasis.

A ce moment déjà, l'épiderme a acquis une sécheresse assez prononcée.

On peut voir encore autre chose et c'est là le phénomène le plus saillant: je veux parler des productions mycosiques. Alibert les comparait, quant à la forme et à la couleur, au fruit du *Lycopersicum esculentum*, à la vulgaire tomate. Le plus souvent, cependant, la teinte rouge est moins accentuée dans le mycosis, ou plutôt elle varie. Mais la forme est bien celle de la tomate. Ces excroissances semblent le plus fréquemment sortir à travers la peau comme par énucléation, car ordinairement elles ne sont pas pédiculées.

Recouvertes au début d'une mince pellicule, ces productions finissent souvent par s'ulcérer et laissent sortir un liquide ichoreux; d'autres fois elles s'affaissent d'elles-mêmes et peuvent disparaître si complètement qu'il n'en reste plus de trace cicatricielle apparente.

Mais c'est alors aussi à cette période que, ces tumeurs s'étant multipliées en grand nombre, des phénomènes généraux apparaissent: de la diarrhée, un affaiblissement qui va progressant rapidement, de la fièvre. C'est la dernière période, la période cachectique.

Antoine G... n'avait pas encore cette diarrhée colliquative au moment où je présentai son observation à l'Académie de médecine.

« Si l'on me donnait à choisir, j'aimerais mieux être Hippocrate que « Napoléon. »

En 1843, il était nommé externe des hôpitaux et envoyé au Midi dans le service de M. Ricord.

« Je regrette, écrivait-il, d'étudier une spécialité dont je n'aurai « jamais peut-être l'occasion de m'occuper à Sainte-Foy, mais je « vois, dans le service, beaucoup de maladies différentes, car, « suivant Ricord, la syphilis n'exempte de rien. Bien différent des « autres spécialistes, ajoute-t-il, qui ne sortent pas de leur sujet, « M. Ricord est fort sur toutes les branches. C'est lui qui ôta à la « syphilis le cachet mystérieux qui l'entourait depuis le moyen « âge. Malgré une clientèle immense, malgré la longueur de ses « visites, malgré le travail que lui donne un grand ouvrage qu'il « publie actuellement, il trouve encore le temps d'être en corres- « pondance scientifique avec les sociétés étrangères, ce qui ne « l'empêche pas d'être bon, rieur, patient avec ses malades, obli- « geant pour ses élèves; aussi la voix publique qui se trompe peu, « dit Fontenelle, lui a donné le nom de grand homme. C'est ainsi « qu'il est connu dans les écoles. »

Il était difficile de faire en peu de mots un portrait plus ressemblant.

A la fin de l'année, M. Broca se présenta au concours de l'internat.

Il n'existait pas encore, alors, de conférences organisées pour la préparation au concours de l'internat. M. Broca, avec cinq ou six amis, eut la bonne fortune de rencontrer un jeune docteur qui lui proposa de les diriger. La proposition était si extraordinaire qu'il crut nécessaire de lui demander ses conditions. « La seule « récompense que je vous demande est de travailler assidûment, « et tous mes vœux seront comblés si quelques-uns de vous sont « reçus internes. » Ce jeune docteur était M. Martin-Magron, dont beaucoup d'entre nous n'ont pas oublié, j'en suis sûr, les bons conseils et le dévouement.

Après avoir inauguré la conférence Martin-Magron, qui, pendant près d'un quart de siècle, fut la pépinière de l'internat, M. Broca devait, quinze ans plus tard, apporter une importante modification au mode de préparation du concours, en conseillant de remplacer l'étude des questions limitées par celle des sujets.

Le concours fut difficile, M. Broca, pendant plusieurs jours, crut

Mais, chez lui, on pouvait encore compter les productions mycosiques proprement dites.

Trois avaient disparu spontanément: deux qui siégeaient à la nuque, la troisième au flanc droit. La quatrième en date était alors énorme; située à la région lombaire du côté gauche, elle durait déjà depuis 7 à 8 mois. Deux autres enfin commençaient à apparaître l'une au-dessous de l'épaule droite et l'autre sous l'aisselle du même côté.

Cependant l'anémie était déjà assez prononcée.

Le 12 octobre, le chiffre des globules rouges ne dépassait pas 3,400,000 par mm. c. de sang (au compte-globules de Malassez).

L'hémo-chromomètre de Malassez ne décelait que 0 milligramme 086 d'hémoglobine pour la même quantité de sang.

Les globules blancs avaient notablement augmenté de nombre; j'en ai trouvé un pour 125 à 150 globules rouges; le chiffre des globules blancs était donc le triple de ce qu'il est à l'état normal. Or la leucocythémie n'avait pas été constatée jusqu'ici que je sache chez les mycosiques.

Les amygdales de mon malade étaient très peu volumineuses. Les ganglions lymphatiques n'étaient pas engorgés, excepté ceux de la région inguinale droite. Mais la jambe droite était le siège d'ulcérations tellement étendues qu'il semblait naturel que les ganglions de l'aine correspondante fussent tuméfiés.

J'examinai au microscope les gouttelettes qui parfois suintaient à la surface de la grosse tumeur; je vis des cellules arrondies, très réfringentes; beaucoup étaient pourvues de noyaux, elles présentaient souvent le volume des leucocytes. Çà et là, on apercevait des amas de cellules colorées comme par de l'hémoglobine.

La lymphadénie cutanée a une terminaison généralement fatale. M. Bazin a pu, néanmoins, dans les onze cas qu'il connaissait, citer un cas de guérison chez l'un de ses malades; cette guérison s'était maintenue depuis quatorze ans au moment où il écrivait (1).

Étiologie, nature et traitement. — Quant à l'étiologie, je n'ai trouvé chez mon malade ni antécédents héréditaires qui puissent se rattacher au mycosis, ni diathèses, ni maladies constitutionnelles, ni alcoolisme. Peut-être a-t-il eu des accès de fièvre intermittente il y a neuf ans environ, si j'en crois des renseignements peu précis, mais vraisemblables, vu l'endémicité à Commentry des fièvres paludéennes.

Antoine G... avait habité longtemps un logement bas, étroit, humide, mal éclairé, et c'est là que l'affection débuta.

Je rapprocherai ce fait d'un autre cas de mycosis que mon cher maître, M. Hillairet, me mena voir en 1876 dans la rue de Lancry. Il s'agissait d'un concierge, mort depuis (en août 1877), qui, lui aussi, occupait un logement très exigu, étroit et humide, un bouge affreux.

Peut-être donc serait-il permis, dans l'étiologie du mycosis fongoïde, d'invoquer des conditions d'habitat malsaines.

Quant au traitement, les toniques, les amers, les reconstituants, les altérants, l'iodure de potassium surtout, me paraissent, sinon avoir enrayé, du moins retardé un peu la marche de l'affection.

En 1876, Bazin écrivait, à propos du mycosis:

« Nous ne connaissons aucun fait qui permette de supposer la possibilité de sa transmission par voie de contagion, bien que d'ailleurs aucune expérience directe n'ait été jusqu'ici tentée en ce sens. »

Le samedi 25 octobre 1879, je fis deux essais d'inoculation sur un jeune lapin.

1° J'ai plongé une lancette à vaccin dans la grosse tumeur mycosique des lombes, et j'ai déposé sous l'épiderme de mon lapin le liquide sanguinolent que je venais de retirer;

2° J'ai raclé, également avec une lancette à vaccin, les surfaces suintantes des deux excroissances situées au-dessous de l'épaule droite, et, le suc ainsi recueilli, je l'ai introduit sous l'épiderme du même lapin, à 5 centimètres environ du point

(1) Dans ses dernières leçons (*Traitement des maladies chroniques en général et des affections de la peau en particulier par l'emploi des eaux minérales*, etc., 1879), Bazin manifeste des doutes sur le diagnostic de ce cas. N'ayant pas assisté aux premières phases de l'affection, Bazin se demande si ce malade n'avait pas plutôt un pian ou un lichen hypertrophique qu'un véritable mycosis. Mais dans ses *Leçons sur les affections cutanées artificielles, la lèpre, les diathèses*, etc. (1862) et aussi dans son article du Dictionnaire encyclopédique, postérieur cependant de 6 ans à ses dernières leçons (il est de 1876), Bazin a été tout à fait affirmatif.

à un échec; j'ai retrouvé la longue lettre dans laquelle il raconte à son père les péripéties du concours, ses craintes de ne pas arriver et de voir ainsi son retour à Sainte-Foy retardé d'un an; enfin, la liste parut, il était nommé l'avant-dernier. Le rang lui était bien indifférent et, pour juger de son bonheur, il suffit de citer le dernier paragraphe de sa lettre: « Comment vous ne devinez pas? Est-ce possible que vous n'ayez pas compris? mais ne voyez-vous donc pas que.... vivent les juges, vive tout, vive même le roi!... je suis interne! »

Envoyé à Bicêtre dans le service de Leuret, il termina son année à Beaujon, chez Laugier. En seconde année il avait désiré entrer dans le service de Gerdy, mais toutes les places étaient prises et il demanda celui de Piorry. Le jour où il allait retirer sa carte, on lui annonce que, par suite de démission, une place est vacante chez Gerdy; il la refuse; mais à peine venait-il de quitter l'administration qu'un de ses collègues de Bicêtre, qui allait à la Charité, apprend la nouvelle, et, désirant vivement se retrouver dans le même hôpital que son ami, demande qu'on ne propose la place à personne avant qu'il l'ait revu, se met à sa recherche et le supplie d'accepter.

M. Broca céda à cet affectueux désir, ne soupçonnant pas que l'amitié, comme une bonne fée, venait, en le plaçant chez Gerdy, de changer à tout jamais sa vie; car ce chef de service « sans façon et sans raideur, quoiqu'il soit justement célèbre, ainsi le dépeignait-il à son père », devait être pour lui un puissant protecteur qui allait le lancer dans la voie des concours, et un ami qui imprimerait à son caractère une empreinte ineffaçable.

Ce fut, en effet, la sympathie que lui montra de suite Gerdy qui l'engagea à prendre part au concours de l'adjuvat, et le 5 août 1846 il était nommé aide d'anatomie; il aurait pu être fier de ce succès, car, ainsi qu'il l'écrivait à ses parents: « Je suis aide d'anatomie à vingt-deux ans et personne ne l'a été avant vingt-trois; « mais, ajoute-t-il, tout l'honneur est pour vous qui m'avez mis à « l'école à cinq ans, au collège à huit, pour vous qui m'avez donné « le goût de l'étude et qui vous êtes imposé tant de privations « pour le développer. »

A la fin de sa troisième année d'internat, il obtenait au concours une prolongation d'un an et il entrait à l'Hôtel-Dieu, dans le service de Blandin.

Six semaines après éclatait la révolution de 1848, qui répondait

de la première inoculation (région dorso-lombaire, à gauche de la colonne vertébrale).

Dès le 30, la trace de la première inoculation avait disparu complètement, tandis qu'au niveau de la deuxième on voyait une croûte saillante, reposant sur une surface légèrement indurée. Mais le 2 novembre cette croûte s'étant détachée, il ne resta qu'une cicatrice linéaire.

Ces essais négatifs d'inoculation semblent donner raison à M. Maurice Raynaud qui, dès l'année 1870 (1), rangeait le mycosis fongoïde dans la classe des diathèses générales non virulentes.

Comme conclusion à ce coup d'œil d'ensemble, je dirai : Assurément il existe un groupe de maladies liées à des lésions du système lymphatique; mais ces lésions se trouvent encore bien mal définies, parce que la physiologie normale de ce système est encore presque ignorée. Il s'ensuit que les symptômes et les affections qui dépendent de ces lésions sont pour ainsi dire à l'étude.

Quoi d'étonnant que dans tel cas on ait constaté une augmentation notable des leucocytes du sang, tandis que dans tel autre ces mêmes globules incolores ne dépassaient pas le chiffre normal?

Quoi d'étonnant encore si dans un cas on a trouvé une hypertrophie considérable des ganglions lymphatiques, tandis que dans un autre cas se rapportant à la même maladie on n'a constaté aucun engorgement de ces mêmes ganglions?

Il faut donc savoir réserver notre opinion vis-à-vis des maladies de l'ensemble du système lymphatique. Car, somme toute, même pour la lymphadénie cutanée, si les recherches microscopiques nous ont dévoilé la nature des tumeurs mycositiques, nous ignorons encore d'une manière presque absolue quelle est la nature et quelle est l'origine des autres lésions de cette maladie, surtout dans ses premières périodes.

A chacun de nous incombe cependant le devoir d'apporter sa part d'observations personnelles à l'étude de ces affections.

C'est ce que j'ai cru devoir faire à l'occasion du cas de lymphadénie cutanée qui s'est présenté à moi et dont je vais relater l'histoire.

(A suivre.)

(1) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, article DIATHÈSE.

REVUE D'HYDROLOGIE

Parmi les nombreuses productions de la littérature hydrologique, il faut distinguer les monographies consacrées à la description générale d'une station thermale, et les travaux relatifs à tels ou tels sujets de pathologie, d'indications, d'applications ou d'analyses chimiques, ou d'installations thermales, ou enfin d'hydrologie générale.

Les monographies ont une incontestable utilité, puisqu'elles seules sont propres à fournir le tableau complet d'une station, et un ensemble de renseignements qui peuvent tous offrir de l'intérêt, depuis leur généalogie historique jusqu'à leur topographie pittoresque, et aux installations de diverse nature qui s'y peuvent rencontrer. Mais il n'est guère de station thermale qui n'ait aujourd'hui à son compte un bon nombre de monographies, et la multiplication de celles-ci est plutôt un témoignage d'indigence que de richesse scientifique. La plupart des monographies que l'on voit se succéder ne peuvent guère être autre chose que des répétitions. Les sources sont toujours à la même place. Les établissements n'ont pu faire que développer des installations nécessaires. Les spécialités d'applications sont établies depuis longtemps, que ce soit en raison d'une notoriété empirique ou de vues plus rationnelles.

Rien n'est donc plus facile que d'écrire une monographie quelconque. Rien n'est plus difficile que d'en construire une qui réponde aux exigences de la science. Cependant la plupart des médecins qui abordent une station thermale n'ont rien de plus pressé que d'en produire une nouvelle : j'en ai même vu d'imprimées par avance. Et cependant il n'est point d'œuvre qui exige une plus longue expérience, un recueil plus complet d'observations et un sens critique plus développé.

Les progrès de l'hydrologie médicale dépendent exclusivement des études spéciales que la Société d'hydrologie médicale de Paris avait, dès sa fondation, inscrites sur son programme, et qui ont, depuis lors, relevé à un si haut point les connaissances relatives aux eaux minérales et à leurs applications. C'est à ces études que sera spécialement consacrée cette *Revue d'hydrologie*, dont le but est de chercher à rendre familières aux médecins des notions dont l'application est de tous les jours, et auxquelles cependant le plus grand nombre d'entre eux demeurent encore étrangers.

trop aux idées dont M. Broca avait toujours été imbu pour qu'il ne l'accueillît pas avec joie. Pendant quelques semaines, un besoin d'expansion l'entraîna dans les clubs, dans les assemblées populaires; mais il fut vite dégoûté et, quoiqu'on lui proposât de le nommer lieutenant de la garde nationale, il demanda pour tout honneur de rester simple soldat, afin de pouvoir retourner à ses travaux, car il voulait concourir pour le prosectorat.

Mme Broca s'effrayait de tous ces concours successifs; elle comprenait que Sainte-Foy-la-Grande ne pourrait plus suffire à l'ambition de son fils; aussi caressait-elle le projet de le voir concourir à Bordeaux; son instinct maternel lui disait : encore un succès et adieu les projets de retour. Elle le voyait avec regret se passionner pour ces luttes dans lesquelles « la fortune, écrivait-elle, cessera « probablement de t'être aussi favorable qu'elle l'a été jusqu'ici ».

« Je suis prêt, lui répondait-il, à renoncer au prosectorat, mais « nommé prosecteur, mon succès sera beaucoup plus certain à « Bordeaux. Tu te trompes, si tu crois que j'aime les orages des « concours. Sans doute, il y a dans cette lutte d'activité, dans cet « assaut de travail, le charme qu'on trouve dans toutes les luttes : « c'est l'attrait d'une partie d'échecs, et vous savez que je suis « joueur. Mais je suis encore comme lorsque j'étais petit, c'est-« dire je n'aime pas à perdre, et le jeu me dégoûterait bientôt, si « je n'avais pas en commençant quelque espoir de gagner. Au « point de vue des épreuves, je suis bien sûr d'enfoncer mes con-« currents; mais peut-être la faveur, direz-vous, les fera arriver « avant toi. Non, soyez sans crainte, jamais la fortune ne m'a « souri plus qu'elle ne me sourit aujourd'hui. »

Mme Broca avait le cœur trop haut placé pour ne pas comprendre que le bonheur de son fils devait passer avant le sien; aussi, lorsqu'il fut nommé prosecteur, ce fut elle qui, allant au-devant de ses désirs, lui écrivit : « Reste à Paris et travaille pour l'agrégation. »

M. Broca accueillit cette nouvelle marque de dévouement avec une profonde reconnaissance. « Croyez, écrivait-il à ses parents, que « je sais combien le sacrifice a dû vous coûter, mais croyez aussi « que je sens à quoi cela m'engage. Non, vous n'avez pas trop « présumé de mes forces et l'avenir vous prouvera que je suis « digne de votre confiance. »

M. Broca dut attendre jusqu'en 1853 l'ouverture de ce concours pour l'agrégation qui fut un des plus brillants dont la Faculté ait

Les maladies inflammatoires des os a Barèges, par le docteur Grimaud (60 pages).

Les eaux de Barèges tiennent une place très spéciale dans la grande famille, d'apparence très naturelle, des sulfurées sodiques des Pyrénées. Elles présentent une fixité toute particulière de leur principe sulfureux, et, comme conséquence, un très faible dégagement de ce principe sous forme d'hydrogène sulfuré. Il en résulte, d'une part, point ou peu d'applications directes aux affections des organes respiratoires, et d'une autre part des actions pathogénétiques d'une intensité particulière.

L'appropriation de ces dernières aux maladies des os constitue la spécialisation la plus saillante du traitement de Barèges. Il s'attache à ce sujet une bien ancienne notoriété. Cependant, telle est l'insouciance de la généralité des médecins pour ce qui concerne la médication thermale que, dans la plupart des articles ou des monographies consacrés aux maladies des os, le nom de Barèges n'est même pas prononcé, pas plus que celui d'aucune autre station thermale.

Le mémoire de M. Grimand, qui ne fait après tout que reproduire des faits bien connus de tous ceux qui s'intéressent aux choses thermales, devrait bien être médité par les chirurgiens. Sous une forme très concise, mais absolument clinique, il leur ferait connaître les ressources que leur offre, sous une forme remarquablement appropriée, la médication thermale dans les affections des os, traumatiques ou diathésiques.

L'ex-inspecteur de Barèges redevenu médecin consultant par une décision administrative, absolument inexplicable pour ceux qui connaissent et sa parfaite honorabilité et sa grande compétence en pratique thermale, expose d'une manière très correcte l'opportunité d'application des eaux de Barèges dans les maladies inflammatoires des os.

«Les maladies osseuses traitées à Barèges sont exclusivement celles qui revêtent une marche chronique, l'action de ces eaux s'adressant, comme on le sait, exclusivement à cet état où la nature tend à la réparation des tissus lésés, par un travail lent que doivent aider des moyens thérapeutiques incisifs, tout différents de ceux qui sont employés dans la période aiguë. »

Les modes d'action de ces eaux mis en jeu dans le traitement des maladies des os sont multiples : leur action *résolutive* s'adresse aux engorgements ou empâtements d'où résultent les cals volumineux, les compressions vasculaires ou nerveuses et des parties molles, et des canalicules du tissu compact, et des cavités du tissu spongieux des os eux-mêmes. Leur action *substitutive* ramène, soit pendant le traitement, soit à sa suite, des acuités salutaires. Leur action *expultrice*, qui n'est peut-être qu'une conséquence des précédentes, débarrasse des corps étrangers dans certains traumatismes et des séquestres, qu'elle ramène au dehors quelquefois après de très longs intervalles. Enfin leur action *reconstituante* et *altérante* modifie profondément la diathèse scrofuleuse qui tient une si grande place dans la pathogénie des ostéites, ou l'état cachectique que laissent après eux beaucoup de traumatismes.

Des observations concises fournissent des exemples significatifs de semblables résultats, que tant de chirurgiens s'obstinent à ignorer, bien qu'ils soient des plus manifestes et des plus faciles à constater.

Quelques observations de gibbosités dorsales méritent une attention particulière. Sous l'influence du traitement thermal, on a vu disparaître, ou au moins se réduire dans de grandes proportions les signes de compression de la moelle épinière, la douleur cesser et les fonctions abolies reparaître.

(A suivre.)

Max Durand-Fardel.

BIBLIOGRAPHIE

Traité pratique de gynécologie et des maladies des femmes, par le docteur de Sinéty. — 2e édition. Oct. Doin. Paris, 1884.

Le livre de M. de Sinéty a paru il y a quatre ans à peine, et l'accueil favorable qu'il a reçu des médecins et des étudiants a amené l'auteur à nous donner récemment une seconde édition *revue, corrigée* et *très augmentée*, nous dit le titre. Plus de cent cinquante pages et de trente figures nouvelles donnent en effet à l'ouvrage une importance beaucoup plus grande. L'auteur l'a divisé en cinq parties : la première concerne les divers moyens d'exploration ; la seconde est consacrée aux affections de la vulve et du vagin ; la troisième à l'utérus ; la quatrième à ses annexes : ovaires, trompes, ligaments larges. Enfin, dans

conservé le souvenir. M. Broca déploya les grandes qualités de sang-froid, de précision, de savoir qui en faisaient le compétiteur le plus redoutable. Sa *Thèse sur l'étranglement dans les hernies abdominales et les affections qui peuvent le simuler* est un chef-d'œuvre : malheureusement elle n'a pas peu contribué à répandre les théories de Malgaigne qui ont été si contraires à la thérapeutique des hernies.

Nommé le premier de la promotion, M. Broca obtenait quelques jours plus tard le titre de chirurgien des hôpitaux.

La jeunesse des Ecoles acclama ce double succès qui sacrait officiellement maître un de ces jeunes travailleurs qu'elle nommait la « nouvelle école ».

(A suivre.)

Service médical de nuit. — Ce service, organisé par notre ami le docteur Passant, fonctionne avec un succès croissant. 1773 visites ont été constatées pendant le dernier trimestre de 1883, 58 visites de moins que pendant la période correspondante de 1882. Malgré cela, le total annuel est plus considérable ; c'est même le plus grand qui ait été atteint depuis huit années que le service fonctionne. Dans l'année de début, c'est-à-dire en 1876, on a compté 3,616 visites de nuit ; en 1883, il y en a eu 6,895. La différence de ces deux chiffres exprime l'utilité de cette institution prévoyante.

⁂

Nombre des docteurs en médecine reçus pendant l'année scolaire 1882-1883. — Dans la dernière année scolaire, les six Facultés de médecine ont délivré 662 diplômes de docteur en médecine ainsi répartis pour chacune d'elles :

Faculté de médecine de Bordeaux	44
— de Lille..........	20
— de Lyon...........	43
— de Montpellier....	69
— de Nancy..........	21
— de Paris..........	465
	662

⁂

Au cours de l'année scolaire 1882-1883, 692 diplômes de docteur en médecine ont été conférés en Allemagne.

la cinquième, l'auteur, innovant sur ses prédécesseurs, termine son traité de gynécologie par un aperçu relatif à l'anatomie et à la physiologie de la mamelle; puis il étudie les maladies de cette glande, sans toutefois aborder l'histoire des tumeurs mammaires, qui, ajoute-t-il, « rentrant plutôt dans le cadre de la chirurgie, nous entraînerait beaucoup trop loin. »

M. de Sinéty s'est depuis longtemps fait un nom dans la science par une série de recherches anatomo-pathologiques qu'il serait superflu de rappeler ici. Ces recherches, à peu près toutes relatives à l'histologie normale ou morbide de l'ovaire et de la mamelle, semblent avoir formé pour ainsi dire le centre autour duquel se sont groupés tous les autres développements de son ouvrage. De là, peut-être, quelque disproportion entre les divers chapitres par suite de l'évidente prédilection de l'auteur pour le côté anatomique ou pour mieux dire histologique des diverses questions qu'il traite; de là aussi la relégation au second plan de la partie clinique et thérapeutique. — Tel était du moins le reproche qu'avait paru mériter la première édition. L'auteur ne se l'est pas dissimulé et s'est attaché à corriger ce défaut, à combler ces lacunes. Il s'est donc spécialement préoccupé, dans les additions apportées à son ouvrage, des côtés pratiques et chirurgicaux, qu'avait surtout visés l'intéressant *Traité élémentaire de chirurgie gynécologique* du docteur A. Leblond (1), à peu près contemporain de sa première édition. M. de Sinéty, avec une érudition louable, a pour cela mis à profit les nombreux travaux anglais, américains et allemands, parmi lesquels il faut citer en première ligne le livre considérable de Hégar et Kaltenbach (2), dont le secours paraît lui avoir été tout particulièrement précieux.

Loin de lui reprocher ces emprunts, nous serions plutôt tenté de nous plaindre qu'ils n'aient pas été plus nombreux. Certains chapitres, ou totalement absents ou trop écourtés, auraient été ainsi écrits ou complétés. Parmi les premiers, nous citerons la déchirure du périnée, les fistules recto-vulvaires; parmi les seconds, tous les procédés divers de traitement du pédicule dans l'ovariotomie et l'hystérotomie, d'après les travaux récents de Schrœder, Léopold, Olshausen, Bardenheuer, etc. Nous pourrions encore signaler d'autres lacunes regrettables, toujours au point de vue thérapeutique, par exemple dans l'opération des fistules vésico-vaginales — où le procédé en deux temps de réunion *primitive-secondaire* adopté presque exclusivement par le professeur Verneuil n'est même pas indiqué, etc. — Mais nous ne voulons pas insister sur ces petites imperfections, qui ne sauraient porter atteinte à la valeur de l'ouvrage dans son ensemble.

Une critique sur laquelle nous passerons non moins facilement condamnation est relative à l'opportunité de la cinquième partie, traitant de la mamelle et de ses maladies. Plus d'un pourra trouver qu'il y a un véritable abus de langage à ajouter un pareil chapitre à un *Traité de gynécologie*. L'auteur a soin, il est vrai, d'éliminer les *tumeurs*, comme rentrant trop évidemment dans le cadre de la chirurgie. Mais, dira-t-on, si cette considération seule était suffisante, n'aurait-elle pas dû également lui faire exclure les *abcès*? Bien plus, n'aurait-elle pas dû faire éliminer précédemment les kystes de l'ovaire, etc.? Pour notre part, nous le répétons : nous n'avons garde d'entrer dans cette querelle. Nous nous féliciterions plutôt que M. de Sinéty, entraîné sans doute par l'attrait de ses recherches personnelles sur ce sujet, n'ait pas résisté à la tentation de leur donner droit de cité dans son volume. Nous devons à cette circonstance un résumé des plus attachants de ses travaux antérieurs, épars dans des mémoires isolés, sur *le développement de l'histologie comparée de la mamelle*, sur *l'état du foie chez les femelles en lactation*, sur *les globules du lait*, sur *la mamelle des enfants nouveau-nés*, etc. Nous serions donc tenté de répéter ici le mot célèbre de saint Augustin : *Felix culpa*, heureuse faute qui nous a valu un tel... chapitre.

En résumé, si le livre de M. de Sinéty est passible de quelques reproches en tant que manuel ou que livre didactique, — si certaines de ses parties manquent de proportions, enfin s'il n'est pas exempt de quelques lacunes, — il constitue cependant un ouvrage très important, digne de tous points du succès qui l'a accueilli dès sa première apparition. Par la sûreté et la prudence de ses appréciations, par son érudition véritable, par la valeur de ses recherches personnelles, l'auteur a su donner à son volume une originalité scientifique qui le place au premier rang dans les publications de ce genre.

Samuel Pozzi.

(1) Paris, Lauwereyns, éditeur, 1878.

(2) Die operative Gynecologie, 2e édition. Stuttgart, 1881.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Dr P. Bœrner's Reichs-Medicinal-Kalender für Deutschland auf das Jahr 1884 (Calendrier médical de l'empire d'Allemagne, pour l'année 1884, par le docteur P. Bœrner). — Berlin, Th. Fischer, éditeur.

Le *Calendrier médical* de M. P. Bœrner mérite de fixer l'attention des médecins de notre pays qui possèdent la langue allemande; car il s'agit d'une œuvre de la plus haute utilité, avec laquelle, force nous est de le reconnaître, nos almanachs et nos annuaires de médecine seraient bien désavantageusement mis en parallèle. Tous ceux qui connaissent l'ouvrage en question ne se feront pas faute d'en convenir.

Ce calendrier médical se compose de deux parties bien distinctes :

La première partie, qui se présente sous la forme d'un agenda de poche, comprend, outre l'agenda proprement dit, une sorte de *vade-mecum* du praticien, où se trouvent condensés dans 220 pages de texte serré tous les renseignements qui peuvent être de quelque utilité dans l'exercice de la pratique médicale.

Ainsi un premier chapitre, rédigé par le professeur Liebreich, comprend les notions indispensables à la bonne administration des médicaments. Ceux-ci sont classés par ordre alphabétique, et à chacun d'eux est consacrée une courte notice qui indique les doses moyennes, le mode d'emploi, l'action physiologique et thérapeutique de chaque substance. Des paragraphes spéciaux sont consacrés : à la posologie des médicaments communément employés dans la thérapeutique infantile; à l'indication (sous forme de table) des doses maxima des médicaments toxiques; à la posologie et à la manière de formuler les substances administrées par la voie hypodermique, des substances administrées par voie d'inhalation, ou sous forme de bains médicamenteux. Un autre paragraphe est consacré à la pharmacopée économique. Enfin des tableaux placés à la fin de cet important chapitre indiquent l'équivalence des poids anglais en grammes et fractions de grammes, la solubilité des principales substances employées à l'état de solution, la valeur en poids des gouttes médicamenteuses, les modifications récentes introduites dans la pharmacopée germanique, la taxe des médicaments, telle qu'elle a été arrêtée pour le royaume de Prusse en l'année 1883.

Un autre chapitre, qui est l'œuvre du professeur Jürgensen (de Tübingue), traite de la thermométrie médicale pratique et de l'analyse des urines; l'examen des crachats et des préparations histologi-

ques au point de vue de la présence des bacilles de Koch fait l'objet d'un paragraphe additionnel, et les renseignements techniques qu'on y trouve sont complétés par trois planches coloriées.

On trouve ensuite un chapitre sur l'examen de l'acuité visuelle (avec planches); des notions pratiques sur la conduite à tenir dans les autopsies médico-légales; des notices très bien faites sur le traitement des plaies, sur le traitement des dermatoses, sur l'alimentation des enfants du premier âge, sur les soins à donner en cas d'accidents et de mort apparente, sur les symptômes et le traitement des intoxications aiguës, sur l'examen de l'air, de l'eau et du sol au point de vue de la présence des germes infectieux (avec renseignements techniques sur les procédés de culture); l'instruction publiée par la préfecture de police de Berlin sur les procédés de désinfection à mettre en œuvre pour combattre les ravages des maladies contagieuses; la liste des principales stations balnéaires et climatériques des pays allemands et leurs applications thérapeutiques; la liste des asiles de l'Allemagne destinés au traitement des aliénés; enfin le classement systématique des principales maladies et causes de mort, tel qu'il a été arrêté par la commission préposée à la statistique médicale en Allemagne.

La seconde partie, un fort volume de 500 pages, s'adresse à tous ceux qui prennent intérêt à l'organisation de la médecine publique à l'étranger; législation, organisation des Facultés, organisation du service de santé militaire, des nombreux services afférant à la médecine publique, tout cela est exposé avec ordre et avec un luxe de détails de nature à satisfaire les plus exigeants.

On y trouve encore une foule de renseignements très curieux, tels que l'indication des principaux journaux de médecine qui paraissent dans les différents pays d'Europe et en Amérique, des principales associations médicales d'Allemagne, etc., etc.

L'ouvrage se termine par la liste alphabétique des médecins civils et militaires qui exercent en Allemagne, avec renvoi aux localités desservies.

Quelques renseignements statistiques empruntés au livre de M. Bœrner méritent de trouver place ici pour l'intérêt qu'ils peuvent offrir à nos lecteurs.

Les différentes Facultés de médecine de l'empire d'Allemagne, au nombre de 20, comptent actuellement 202 professeurs ordinaires, 144 professeurs extraordinaires, 205 *privatdocenten*. Il y a en Allemagne 253 associations s'occupant des intérêts de notre profession, avec 10,299 membres dont 7,864 font partie de l'Association des médecins allemands, qui répond dans une certaine mesure à notre Association des médecins de France. On compte en outre 65 associations scientifiques avec 7,550 membres, 9 associations formées par des médecins appartenant à l'armée allemande, avec 294 membres. Le nombre des journaux s'occupant de médecine et de sciences naturelles s'élève pour l'Allemagne entière à 131, sans compter les Bulletins (au nombre de 96) publiés par des associations scientifiques. Le nombre des médecins diplômés est de 15,100, celui des pharmaciens de 4,482, celui des dentistes diplômés de 460.

Un dernier chiffre, qui a bien son intérêt, c'est que les deux parties réunies du Calendrier médical de M. P. Bœrner sont mises en vente au prix de 6 fr. 25 (5 marks); c'est dire que cette précieuse acquisition est à la portée de toutes les bourses.

E. R.

CHRONIQUE

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Maingault, décédé à Pau dans sa soixante et unième année.

— Les journaux de Barcelone annoncent la mort de la « première et unique » doctoresse en médecine et en chirurgie, Mme Martina Castells de Constanti, bien connue en Espagne.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Nicolle, médecin de l'Hôtel-Dieu de Rouen.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par un arrêté en date du 2 janvier 1884, le règlement concernant l'adjuvat et le prosectorat à la Faculté de médecine de Paris est modifié comme il suit :

Art. 3. — Les aides d'anatomie sont nommés au concours. La durée de leurs fonctions est limitée à quatre ans. Les aides d'anatomie titulaires peuvent seuls concourir pour le prosectorat et seulement pendant ces quatre ans. Ils ne peuvent prendre le grade de docteur en médeine.

Art. 9. — Le renouvellement des aides se fera par quart. Il ne pourra être nommé au concours de chaque année que six aides titulaires. Lorsque le nombre des places vacantes excèdera ce chiffre, il y sera pourvu par la nomination, dans le même concours, d'aides d'anatomie provisoires pour un an.

***

LIMITE DES CONSIGNATIONS POUR EXAMENS PRÉPARATOIRES. — 1o Les consignations pour examens dont désignation suit seront reçues jusqu'aux dates ci-après indiquées : *Ancien régime d'études :* pour le premier examen de doctorat, jusqu'au mardi 8 avril inclusivement. — *Nouveau régime d'études :* pour le deuxième examen de doctorat (première partie), jusqu'au mardi 8 avril inclusivement; pour le troisième examen de doctorat (première partie), jusqu'au mardi 22 avril inclusivement. — Pour le troisième examen de doctorat (ancien régime), jusqu'au 27 mai inclusivement. — Pour le quatrième examen de doctorat (ancien et nouveau régimes), jusqu'au 10 juin inclusivement. — Pour le cinquième examen de doctorat (ancien et nouveau régimes), jusqu'au 24 juin inclusivement. — Pour le troisième examen d'officiat et les examens de sages-femmes, jusqu'au 24 juin inclusivement. — Pour les thèses, jusqu'au mardi 15 juillet inclusivement. — 2o Les élèves ajournés, après le 15 juin, à un examen quelconque, ne pourront plus se présenter avant les vacances. — 3o Passé le 15 juillet, MM. les professeurs n'accepteront plus de présidence de thèses et ne signeront plus de manuscrits.

N. B. — Les étudiants inscrits pour subir leurs examens seront placés en série d'après l'ordre d'inscription à la Faculté. — Ceux qui, pour des motifs légitimes, désireraient que le jour de leur examen fût avancé ou reculé, devront en adresser par écrit la demande à M. le doyen. (Décision de la commission scolaire du 27 juin 1882 et du 24 décembre 1883.)

***

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — Le docteur Lancereaux reprendra ses leçons cliniques le vendredi 1er février et les continuera le lundi et le vendredi de chaque semaine.

— M. le docteur Doléris, chef de clinique, recommencera son cours d'accouchements le lundi 4 février, à quatre heures et demie du soir. On s'inscrit tous les jours, rue d'Assas, 89.

***

BUREAUX DE BIENFAISANCE. — M. le docteur Tripet (Jules) est nommé médecin du bureau de bienfaisance du Xe arrondissement de Paris.

— M. le docteur Fernand Delisle a été élu par 29 voix sur 29 votants médecin du bureau de bienfaisance du Ve arrondissement.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. Roustan, agrégé, est chargé, pour le deuxième semestre de l'année scolaire 1883-1884, d'un cours complémentaire de pathologie externe, en remplacement de M. Tédenat, appelé à d'autres fonctions.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. Ebrmann, aide d'anato-

mie pathologique, est institué chef des travaux d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Baraban, appelé à d'autres fonctions.

∴

ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOURS. — M. Grandin, professeur de chimie et de toxicologie, est chargé en outre du cours de physique à ladite Ecole.

⁂

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — La séance annuelle de la *Société centrale* aura lieu le dimanche 3 février, à deux heures précises, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3, sous la présidence de M. le professeur Gosselin.

⁂

LES MÉDECINS DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — Par décret en date du 10 janvier :

Art. 1er. — Jusqu'à la promulgation de la loi à intervenir sur l'avancement dans l'armée, l'admission et l'avancement des médecins et des pharmaciens civils dans le cadre des officiers de l'armée territoriale seront réglés transitoirement conformément aux dispositions ci-après énoncées.

Art. 2. — Nul ne pourra obtenir de prime abord que le grade d'aide-major de deuxième classe dans le cadre des officiers de réserve ou dans le cadre des officiers de l'armée territoriale.

L'aptitude à ce grade sera constatée par un examen dont les matières seront déterminées par un règlement ministériel.

Seront dispensés de cet examen les docteurs en médecine qui l'auront déjà subi avec succès comme étudiants, au moment où ils se seront portés candidats à l'emploi de médecin auxiliaire, et les pharmaciens de première classe qui l'auront également subi avec succès pendant la période de leur scolarité.

Art. 3 — Les conditions d'ancienneté imposées aux médecins et aux pharmaciens de réserve et de l'armée territoriale, pour passer d'un grade à un autre, seront déterminées par la loi sur l'avancement actuellement encore en vigueur.

Toutefois, l'avancement aura lieu par ancienneté et par corps d'armée, sur des listes de choix constatant l'aptitude des intéressés à passer au grade supérieur.

Ces listes seront établies d'après des propositions dont l'initiative appartiendra aux directeurs du service de santé et qui seront approuvées par les généraux commandant les corps d'armée.

Art. 4. — Pourront exceptionnellement être promus d'emblée au grade de major de deuxième classe dans le cadre des officiers de réserve et au grade de major de première classe dans le cadre des officiers de l'armée territoriale, à la condition d'avoir été primitivement pourvus du grade d'aide-major de deuxième classe, les médecins et les pharmaciens appartenant à l'une des catégories suivantes :

Médecins-professeurs titulaires des chaires de clinique, de pathologie, de médecine légale, de médecine opératoire et d'anatomie dans les Facultés de médecine et les Facultés mixtes;

Pharmaciens-professeurs titulaires dans les Ecoles supérieures de pharmacie et dans les Facultés mixtes.

Art. 5. — Pourront exceptionnellement être promus d'emblée au grade de major de deuxième classe dans le cadre des officiers de réserve et dans le cadre des officiers de l'armée territoriale, à la condition d'avoir été primitivement pourvus du grade d'aide-major de deuxième classe, les médecins et les pharmaciens professeurs agrégés des chaires mentionnées à l'article précédent dans les Facultés, les professeurs desdites chaires dans les Ecoles de médecine, les pharmaciens professeurs agrégés des Ecoles supérieures de pharmacie et des Facultés mixtes, ainsi que les médecins et pharmaciens qui remplissent les emplois de médecins, de chirurgiens ou de pharmaciens d'hôpitaux dans les villes où ces emplois sont donnés au concours.

Art. 6. — Les médecins et les pharmaciens de l'armée territoriale maintenus, sur leur demande, par le ministre de la guerre, dans les cadres de ladite armée après avoir accompli les vingt années de service imposées par la loi sur le recrutement, peuvent être promus au grade immédiatement supérieur si toutefois ils possèdent l'aptitude physique indispensable au service en campagne. Cette aptitude sera constatée par un médecin de l'armée active délégué à cet effet.

Ils seront maintenus dans l'armée territoriale jusqu'à l'âge de soixante-cinq ans pour les principaux et majors de première classe, et de soixante ans pour les autres.

Art. 7. — Un règlement ministériel déterminera les mesures à suivre pour l'application des prescriptions qui précèdent.

∴

EXTRAITS DU RÈGLEMENT MINISTÉRIEL RELATIF A LA MISE A EXÉCUTION DU DÉCRET PRÉCÉDENT. — Art. 1er. — A partir du 1er janvier 1885, les docteurs en médecine et les pharmaciens de 1re classe appartenant à la disponibilité, à la réserve de l'armée territoriale, ne pourront être nommés au grade d'aide-major de 2e classe qu'à la condition d'avoir subi avec succès un examen d'aptitude.

Art. 2.—Pour les docteurs en médecine, cet examen est le même que celui imposé par l'article 17 du règlement du 22 juillet 1883 aux étudiants en médecine possédant douze inscriptions valables pour le doctorat et aspirant à l'emploi de médecin auxiliaire. Il porte sur les matières suivantes :

Notions sur l'organisation générale de l'armée, la discipline et la hiérarchie militaires;

Notions sur l'organisation du service de santé à l'intérieur et en campagne.

Art. 4. — L'examen des docteurs en médecine et des pharmaciens de 1re classe aspirant au grade d'aide-major de 2e classe est passé devant un jury composé :

Pour les docteurs en médecine. — D'un médecin-major de 1re classe, président, et de deux médecins-majors de 2e classe.

Pour les pharmaciens. — D'un médecin-major de 1re classe, président, et de deux pharmaciens-majors de 2e classe. L'un de ces deux pharmaciens peut être remplacé par un médecin-major de 2e classe.

Art. 5.—Un jury fonctionne pour les médecins et les pharmaciens dans chaque ville siège d'une faculté ou d'école de médecine. Les examens ont lieu chaque année à des époques fixées par les directeurs du service de santé.

Art. 6. — Sont dispensés de se présenter aux épreuves dont il s'agit les docteurs en médecine qui les ont déjà subies avec succès à l'époque où ils se sont présentés comme candidats à l'emploi de médecin auxiliaire.

Art. 7. — Les membres du jury sont désignés par MM. les généraux commandant les corps d'armée, sur la proposition des directeurs du service de santé.

Les candidats doivent demander à prendre part à ces examens par une lettre adressée au directeur du service de santé du corps d'armée où ils résident.

Ils font connaître dans cette lettre d'une manière très précise, leurs noms et prénoms, et l'adresse à laquelle la convocation doit leur être envoyée par le directeur du service de santé.

Art. 8. — Au début des épreuves, les candidats médecins doivent présenter au président du jury le certificat qui leur a été remis par le secrétaire de la Faculté, en attendant la délivrance du diplôme de docteur en médecine.

Art. 10. — Après constatation de leur situation au point de vue du recrutement, il est délivré un titre de nomination provisoire aux candidats admis. Ce titre est destiné à les dispenser de répondre aux appels qui pourraient être faits des hommes de leur classe, et doit être renvoyé ultérieurement au ministre, par la voie hiérarchique, aussitôt après la délivrance de la nomination définitive.

Art. 11. — Les examens prescrits par l'article 1er du présent rè-

gîement ne sont obligatoires qu'à partir du 1er janvier 1885. Jusqu'à cette époque, les nominations au grade d'aide-major de 2e classe auront lieu, pour les médecins et les pharmaciens, conformément au mode actuellement en vigueur et sur la proposition de MM. les généraux commandant les corps d'armée.

Art. 12. — Conformément aux dispositions du décret du 10 janvier 1884, les médecins et les pharmaciens de tout grade de la réserve de l'armée active et de l'armée territoriale pourront être promus au grade supérieur.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 18 AU JEUDI 24 JANVIER 1883.

Fièvre typhoïde 27. — Variole 1. — Rougeole 16. — Scarlatine 1. — Coqueluche 15. — Dipthérie, croup 58. — Dysentérie 0. — Erysipèle 2. — Infections puerpérales 3. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 55. — Phthisie pulmonaire 218. — Autres tuberculoses 13. — Autres affections générales 76. — Malformation et débilité des âges extrêmes 70. — Bronchite aiguë 34. — Pneumonie 82. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 27, — au sein et mixte 15. — Inconnu 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 107. — de l'appareil circulatoire 68. — de l'appareil respiratoire 104. — de l'appareil digestif 43 — de l'appareil génito-urinaire 18. — de la peau et du tissu lamineux 4. — des os, articulations et muscles 6. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 30. — Causes non classées 5. — Total de la semaine : 1112 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

LA QUESTION MÉDICALE, ENSEIGNEMENT ET EXERCICE DE LA MÉDECINE, par le docteur Deroye, in-8 de 61 pages. — Prix : 1 franc. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

LES EAUX MINÉRALES DANS LES AFFECTIONS CHIRURGICALES, par le docteur E. Rochard, médecin de première classe de la marine. Un vol. in-18 de la collection diamant, cartonné à l'anglaise. — Prix : 5 fr. — Librairie G. Masson, 120, boulevard Saint-Germain.

ESTOMAC ET CERVEAU (Etude physiologique, clinique et thérapeutique), par le docteur Leven, médecin en chef de l'hôpital Rothschild, 1 vol. in-8. — Prix : 3 fr. 50. — Librairie G. Masson, 120, boulevard Saint-Germain.

CLINIQUE ET CRITIQUE CHIRURGICALES, par le docteur Paul Reclus, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, un vol. in-8. — Prix : 10 fr. — Librairie G. Masson, 120, boulevard Saint-Germain.

La librairie C. Reinwald vient de mettre en vente le dixième volume de la Bibliothèque des Sciences contemporaines. Ce volume contient la GÉOGRAPHIE MÉDICALE de M. le docteur A. Bordier, professeur à l'Ecole d'anthropologie. Pour accompagner ce volume de 688 pages, l'auteur a dressé une série de 21 cartes, qui se vendent séparément, mais qui sont disposées de manière à pouvoir être reliées aux endroits utiles dans le volume. L'importance de ce livre n'a pas besoin d'être signalée surtout à l'époque actuelle, où les relations de plus en plus fréquentes entre les peuples les plus éloignés ont rendu la connaissance de l'action des milieux obligatoire.

HYGIÈNE DES EUROPÉENS DANS LES PAYS INTERTROPICAUX, par le docteur Maurice Nielly, 1 vol. in-18 avec 19 planches. — Prix : 5 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

55e année. 7e série. Tome Ier. N° 6 9 FÉVRIER 1884

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION:
Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**
Membres : MM. les Drs **J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN;**
Secrétaire : M. le Dr **E. RICKLIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.**

DERMATOLOGIE

DU MYCOSIS FONGOÏDE ET SPÉCIALEMENT DES MANIFESTATIONS CUTANÉES DE LA LYMPHADÉNIE, par le docteur PAUL FABRE (de Commentry).

Suite. — Voir le numéro 5.

OBSERVATION : MYCOSIS FONGOÏDE CHEZ UN HOMME DE CINQUANTE-QUATRE ANS. — DÉBUT IL Y A DIX ANS. — FIÈVRE TYPHOÏDE EN 1859. — HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE (?) EN 1862. — AFFAIBLISSEMENT INTELLECTUEL. — LEUCOCYTHÉMIE. — HYPOGLOBULIE. — MULTIPLICITÉ ET GRANDE VARIÉTÉ DES ALTÉRATIONS DE LA PEAU DANS UN MÊME MOMENT. — MORT SUBITE. — Antoine G... est un homme de taille moyenne, d'une assez forte constitution, âgé de cinquante-quatre ans. Né à Bord, canton de Boussac (Creuse), le 31 mai 1825, il était maçon lorsqu'il fut appelé au service militaire.

Entré dans le 28e de ligne le 12 novembre 1846, il fut libéré le 4 septembre 1852.

Il n'avait été en garnison qu'à Paris et au Mont-Saint-Michel. Jamais il n'a quitté la France.

Vacciné avec succès, si j'en crois le témoignage du chirurgien militaire Loret qui a inscrit sa signature sur le livret de G..., il n'eut aucune maladie grave durant son service. Pas de syphilis.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Ses antécédents héréditaires ne fournissent aucun indice pathologique en rapport avec sa maladie actuelle. Son père mourut d'accident quand lui, Antoine G... n'avait que six ans. Sa mère est morte, il y a quelques années, à l'âge de quatre-vingt-quatre ans.

G... a deux frères qui habitent la Creuse.

L'un, âgé de soixante-deux ans, est bien portant.

L'autre, le plus jeune, est également en bonne santé. On ne me parle que d'un panaris qui l'a empêché de travailler pendant deux mois, et survenu il y a quelques années.

Des deux sœurs qu'il a eues, l'une, sa marraine, est morte à l'âge de cinquante-cinq ans; l'autre, plus jeune que lui, vit encore.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — A peine revenu du service, G... vint à Commentry, où il reprit son métier de maçon.

En 1853, il se maria, et de son mariage sont nés sept enfants; deux sont morts, un garçon à onze mois, une fille à douze ans. Les cinq autres enfants vivent bien portants.

En 1856, il allait à Torteron, dans la Niévre, pour une entreprise de fours à coke. Il y passa environ quinze mois, puis revint à Commentry pour en repartir quelques mois après. Il alla dans une commune des environs, à Blomard, distante de 20 kilomètres de Commentry, travailler à l'édification du château de Sarre.

Il a passé là à peu près cinq ans en qualité de chef de chantier. Il habitait à Blomard un logement étroit, mal éclairé, bas, humide, pas même carrelé. Sa conduite était on ne peut plus régulière. Il n'a jamais eu d'habitudes d'alcoolisme.

En 1859, il fut atteint d'une fièvre typhoïde, et à partir de ce moment ses facultés intellectuelles, au dire de ses chefs, commencèrent à baisser. Il put néanmoins faire pendant quelques années encore un service de surveillance assez bon, lorsqu'en 1862 il eut,

FEUILLETON

Eloge de Paul Broca

lu à la séance annuelle de la Société de chirurgie, par M. le docteur HORTELOUP, secrétaire général.

(Suite. — Voir le numéro 5.)

Depuis une dizaine d'années, Messieurs, le monde médical assistait avec curiosité au développement d'une science toute nouvelle : la microscopie pathologique.

La France était restée presque complètement étrangère aux travaux que, depuis vingt ans, avait fait naître en Allemagne l'usage du microscope appliqué à l'étude des tissus normaux de l'économie. La traduction, par Jourdan, de l'*Encyclopédie anatomique* de Bischoff avait intéressé, mais rien de plus; il était réservé à Lebert de venir donner à la France une impulsion qui allait être le point de départ d'un grand mouvement scientifique.

Lorsque parut sa *Physiologie pathologique*, on était encore sous l'impression de la grande discussion académique sur le diagnostic des corps fibreux de la mamelle. A quel tissu avait-on affaire? Comment le distinguer du cancer? Tel était le problème qui, après comme avant, restait insoluble. Aussi comprend-on avec quel empressement fut accueilli cet ouvrage qui, s'appuyant sur une distinction semblable à celle de Laënnec, divisait les productions accidentelles en deux classes : les homéomorphes et les hétéromorphes, et venait ainsi assigner aux tumeurs malignes une structure déterminée, presque spécifique.

A la place de recherches curieuses, mais sans but pratique ; à la place des théories spéculatives et obscures si chères à l'Allemagne, Lebert présentait une doctrine pleine de clarté et donnait à la micrographie une direction clinique répondant trop aux tendances de l'esprit français pour ne pas être rapidement suivie dans la voie qu'il venait d'ouvrir à l'histologie.

A la tête de la jeune génération chirurgicale qui répondit à l'appel de Lebert se trouvèrent trois hommes, dont vous avez tous, Messieurs, le nom sur les lèvres, trois amis, que la mort seule a pu désunir. Sans se laisser arrêter par les difficultés, par les fa-

d'après les renseignements que j'ai recueillis, une hémorrhagie cérébrale pour laquelle il fut saigné par le docteur Camus (de Montmarault).

De retour à Commentry en 1863, il fut pendant quelque temps employé en qualité de commis aux fours à coke de la houillère.

Sa mémoire allait diminuant progressivement ; il balbutiait, perdait ses forces, et vers 1864 on fut obligé de lui chercher d'autres occupations. On l'employa à trier le charbon.

Les trieurs de charbon n'ont qu'un travail très peu pénible à faire, ou plutôt ils ne font pour ainsi dire que surveiller un travail presque purement mécanique.

DÉBUT DE LA MALADIE. — Vers 1869, G... habita pendant plus de trois ans un affreux petit logement, bas, obscur, humide, non carrelé. On marchait sur la terre. C'est là que se produisirent les premières manifestations de sa maladie actuelle. Est-ce sous forme de fièvre intermittente? Je serais porté à l'admettre d'autant plus que les fièvres paludéennes existent endémiquement à Commentry et dans les environs et que G... avait des frissons à peu près régulièrement tous les jours, vers la même heure. Il était obligé de quitter son travail, et rentrait chez lui, au dire de sa femme, comme un homme ivre, titubant et sa parole plus embarrassée que d'habitude.

Des douleurs vagues, quelques éruptions cutanées de nature congestive, disparaissant pour reparaître quelques jours après et accompagnées de cuisson, de l'insomnie, de l'inappétence, et parfois de vraies indigestions, tels sont les phénomènes qui marquèrent l'explosion de sa maladie.

Il fut obligé d'interrompre tout travail pendant plusieurs mois consécutifs. Puis, après qu'il eut recommencé de travailler, les interruptions furent encore assez fréquentes, quoique plus courtes.

En 1873, il commença à ressentir de telles démangeaisons qu'il cherchait constamment à s'asseoir pour se frotter contre les dossiers des chaises et même à s'approcher des murs pour se frotter plus complètement.

Alors déjà avaient apparu à sa jambe droite des ulcérations qui, sans se guérir jamais complètement, ont varié de forme, se sont développées là où elles n'avaient pas apparu auparavant et qui sont arrivées aujourd'hui à faire de presque tout ce membre un vaste ulcère, à bords anfractueux, se cicatrisant ici, se dépouillant de son épiderme à côté, et laissant en définitive une vaste surface de forme irrégulière, dénudée, à bords plus ou moins saillants. Il n'y a aucune apparence de varices à ce membre (1) et cependant, à première vue, et en ne regardant que la jambe, on penserait facilement à un eczéma variqueux.

A partir de 1875, les cuissons étaient disparues, les démangeaisons avaient diminué, l'insomnie persistait quand même. Les sueurs étaient abondantes. G... travaillait toujours.

Au commencement de l'année 1878, les sueurs allèrent diminuant, les éruptions et surtout les démangeaisons semblèrent s'amoindrir. L'état intellectuel s'affaiblissait toujours. Mais G... travaillait quand même, il continuait de trier le charbon.

C'est alors qu'apparurent sur son corps des plaques indurées dont il reste encore aujourd'hui de nombreux exemples, puis des excroissances commencèrent à se développer et trois surtout d'entre elles me sont signalées par sa femme : deux siégeant à la nuque, l'une à droite, l'autre un peu à gauche, et la troisième sous l'omoplate du côté droit vers le flanc. Elles n'ont pas laissé de traces visibles. Ces trois tumeurs ont été probablement les premières manifestations mycosiques.

L'appétit avait dès ce moment reparu. Les digestions étaient redevenues normales et se sont maintenues telles jusqu'à ce jour.

Lorsqu'à la fin du mois d'août 1879 G... vint me consulter, il avait depuis tantôt deux ans travaillé sans interruption. A ce moment et depuis déjà six mois, une tumeur était apparue aux lombes (du côté gauche), tumeur qui allait grossissant toujours et atteignait déjà le volume d'une grosse noix. La peau ne s'était pas encore ulcérée. Je lui ordonnai dans ma prescription l'usage de toniques : vin de quinquina, fer, etc., et aussi de l'iodure de potassium, recommandant au malade de se représenter prochainement à ma consultation.

Il n'est revenu qu'à la fin du mois de septembre, le 28.

Dès ce moment, je fis un examen complet de G...

ÉTAT DE LA PEAU. — Sa peau était déjà et est encore (30 octobre 1879) le siége des lésions les plus variées. Je vais les décrire le plus rapidement possible.

1o Il existe des *papules lichénoïdes* disséminées surtout au tronc en avant. La peau est comme chagrinée, sans changement de couleur.

2o Çà et là se voient des *vésicules* un peu rouges, non suintantes, isolées.

3o De vraies *plaques d'eczéma* à toutes ses périodes, ici simplement vésiculeuses, là suintantes, ailleurs recouvertes de croûtes, existent sur diverses régions.

4o Des *macules*. On aperçoit, éparses sur le corps, des surfaces de dimensions très variables, plus colorées que les parties voisines généralement d'un brun rougeâtre plus ou moins accentué.

(1) Par contre, à la jambe gauche, on aperçoit quelques veines superficielles tortueuses et un peu saillantes.

---

tigues des recherches microscopiques, sans reculer devant les critiques sceptiques et souvent injustes qui accueillirent leurs premiers efforts, ils soutinrent avec confiance que là était l'avenir du diagnostic des tissus pathologiques. Peut-être voulurent-ils aller trop vite ; mais lorsqu'on voit le chemin parcouru, qui oserait le leur reprocher ?

Semblables à ces hardis voyageurs qui se lancent à l'aventure dans un monde nouveau, ils en ont tracé les premières routes, c'est un beau titre de gloire, et longtemps encore, on parlera de ce triumvirat qui, pour toutes idées de conquête, n'eut jamais que celle de la vérité.

Dans leurs cours à l'École pratique, par des articles dans la presse médicale, ces ardents champions soutinrent et affirmèrent leurs croyances. Ouvrez, Messieurs, les *Bulletins de la Société anatomique* de 1848 à 1853, à chaque séance vous y trouverez les preuves de cette fiévreuse activité.

Ce fut là que M. Broca fit connaître ses premières recherches sur la pathologie des cartilages articulaires, sur l'*anatomie pathologique du rachitisme*, sur la *transformation prétendue fibreuse des muscles*, sur l'*inégal accroissement des os longs par leurs deux extrémités* et sur cent autres sujets qu'à mon regret, je ne puis indiquer.

Etablissant que la nutrition des cartilages, comme celle des tissus inférieurs, se fait par l'imbibition des matériaux nutritifs, il démontrait que contrairement à l'opinion hippocratique, les cartilages peuvent se cicatriser ; que l'amincissement des cartilages, loin d'être le résultat de l'usure, est une atrophie véritable et que leur épaississement est évidemment le résultat d'un travail vital. En suivant, avec le microscope, sur certaines altérations du cartilage, la couche épithéliale ininterrompue, il établissait qu'à côté des vrais ulcères des cartilages on devait admettre des dépressions produites par l'absorption progressive des couches qui sont en contact avec l'os, et il désignait ce processus sous le nom d' « absorption ulcéroïde ». Enfin, en démontrant la nécrose idiopathique des cartilages, il donnait le mode de formation des corps étrangers de l'arthrite sèche.

Par ses *Recherches sur le rachitisme*, que l'Académie des sciences a récompensées, il décrivait le tissu chondroïde et il donnait au tissu spongoïde sa véritable origine, un arrêt de dévelop-

5º Des *plaques indurées*, d'un rouge bronzé, presque aplaties à la surface, d'une sécheresse absolue pour la plupart et un peu saillantes.

6º Des groupes de *plaques crustacées ou ulcérées*, formant tantôt des cercles, tantôt des ellipses incomplètes ou affectant des dispositions très irrégulières.

7º De petites *squames* qui rappellent celles du pityriasis rubra. Ailleurs certains autres points font penser à un psoriasis dont les plaques se seraient récemment exfoliées.

8º Trois *tumeurs mamelonnées* se voient sur le corps. L'une, énorme et déjà ulcérée depuis plus de quinze jours, indolente toutefois, molle au toucher, peu rénitente, siège dans la région lombaire du côté gauche. Elle semble formée de trois lobes très inégaux; elle est granuleuse à la surface, finement vascularisée, d'une couleur rosée.

Les deux autres tumeurs sont moins saillantes et semblent n'être qu'à leur début. Elles siègent à l'épaule droite.

Les diverses lésions cutanées dont je viens de parler sont très irrégulièrement groupées et sans aucune symétrie sur toute la surface du corps.

Je vais indiquer la distribution topographique de ces altérations de la peau à la date du 30 octobre.

La tête est restée indemne de toute éruption. La peau de la face est très nette; les traits sont réguliers; le teint est terreux, le regard un peu hébété. Les conjonctives oculaires sont injectées.

Le cuir chevelu n'a pas la moindre croûte ni la moindre ulcération. Les cheveux, presque complètement noirs, sont sains, très secs, mais non cassants. La moustache est également noire; quelques poils seulement sont blancs.

Le cou présente comme un collier incomplet de plaques indurées. A droite de la ligne médiane, on en compte six principales de 2 à 3 centimètres de diamètre et deux plus petites. A gauche, elles sont moins larges, plus nombreuses et mieux alignées. On en compte huit de 1 à 2 centimètres de diamètre et quatre d'une dimension bien moindre. A la nuque, deux de ces plaques sont à demi cachées par les cheveux.

Tandis que sur le cou l'on ne trouve que des plaques indurées, le tronc présente une grande variété de lésions cutanées.

Sur le thorax en avant, on ne voit qu'un pointillé de lichen et un peu de rougeur par places; çà et là quelques excoriations.

A la région abdominale, les lésions sont plus accentuées. Au-dessus de l'ombilic, il n'y a que deux plaques situées l'une au-dessus de l'autre, un peu à droite de la ligne médiane. Elles ressemblent à des plaques de psoriasis dont les squames viendraient de tomber.

Au niveau de l'ombilic, il existe un profond sillon, dirigé horizontalement, qui occupe toute l'épaisseur des téguments et divise l'abdomen en deux étages.

Presque à mi-chemin du pubis, sur la ligne médiane, on voit une surface arrondie, eczémateuse. Au-dessous et un peu à droite, se trouve une autre plaque trois ou quatre fois plus étendue, de 8 centim. dans sa plus grande longueur, représentant grossièrement un croissant à concavité peu accusée et regardant en dedans. Recouverte d'une croûte sèche, cette plaque fait une légère saillie.

Un peu plus à droite et plus haut, quatre petites plaques, sèches également, et à gauche de cette même région sous-ombilicale deux autres plaques d'un rouge foncé, à surface rugueuse, de forme ovale, complèteront l'énumération des altérations cutanées siégeant sur la face antérieure du tronc.

Le flanc droit est occupé par une série de petites élevures d'un rouge pâle, à surface légèrement squameuse, arrondies ou ovoïdes, au nombre de onze. Elles ont une disposition à peu près régulièrement circinée d'une forme oblongue, à grand diamètre de 0m,10 à 0m,12, presque horizontal, un peu incliné parallèlement à la direction des dernières côtes. Cette disposition circinée présente toutefois une petite lacune en haut en arrière. Il n'y a pas de plaques dans une étendue de près de 4 centimètres.

La face postérieure du tronc offre le plus riche et le plus complet assemblage des diverses lésions cutanées que j'ai déjà décrites. De plus, c'est là qu'existent les trois tumeurs mycosiques.

La plus considérable qui, aujourd'hui 30 octobre, a le volume d'un petit œuf de poule dont une moitié seulement émergerait à travers la peau, est située à gauche de la colonne dorso-lombaire obliquement dirigée en bas et en dehors, à grosse extrémité supérieure, à surface suintante; il en sort parfois un liquide ichoreux, un peu brun, trouble, presque sans odeur.

La consistance de cette tumeur est un peu molle, sans réniteoce. Elle est indolore à la pression. Elle a été moulée à deux reprises, le 17 et le 25 octobre, avec le concours de mon confrère, le docteur Meillet, médecin des forges de Commentry, à qui j'avais montré mon malade. Dans cet intervalle de huit jours, d'ovoïde et trilobée qu'elle était, cette tumeur est devenue à peu près hémisphérique et seulement bilobée.

Les deux autres tumeurs sont situées à droite. L'une, vers l'angle de l'omoplate, a la forme d'uoe parabole irrégulière de 6 centim. carrés de surface; elle est très peu saillante. L'autre, plus étendue, allongée verticalement, d'une forme ovoïde à base inférieure, est située vers l'aisselle à 0m,10 environ au-dessous du sommet de la pyramide quadrangulaire qui représente le creux axillaire.

---

pement, ce qui permettait d'expliquer l'inégale répartition des lésions sur les divers points du squelette.

Dans sa thèse de doctorat qui se terminait par quelques propositions sur « *les tumeurs dites cancéreuses* », M. Broca avait jeté un véritable défi aux anciennes méthodes d'exploration. « Le « microscope, disait-il, a substitué la science aux hypothèses et « ouvert la carrière à des observations désormais exactes. Toutes « les observations non soumises au contrôle du microscope doivent « être considérées comme non avenues. »

Aussi, lorsque l'Académie de médecine proposa, pour sujet du prix Portal l'*Anatomie pathologique du cancer*, M. Broca n'hésita-t-il pas à porter devant elle les doctrines de la nouvelle école.

Son mémoire fut couronné, et c'était justice, car on y trouvait des faits tout nouveaux, que le temps devait se charger de rendre classiques, sur la distinction à établir entre la diathèse et l'infection, sur l'envahissement du cancer par propagation, sur la perforation des veines par la masse morbide, donnant ainsi l'explication de ce que, depuis Carswell, on appelait les cancers du sang, et jetant la lumière sur la formation des cancers à distance. Sauf le mot, n'est-ce pas là, ainsi qu'on l'a dit si justement, l'idée de l'embolie allemande? Tout en récompensant ce remarquable travail, l'Académie n'avait nullement engagé son opinion, et lorsqu'à quelques mois de distance le concours ouvrit les portes de l'Ecole et des hôpitaux à ces novateurs que la Société de chirurgie avait déjà accueillis, on sentait qu'une lutte était imminente et que l'Académie n'attendait qu'une occasion pour soumettre à une discussion approfondie ces doctrines qni semblaient vouloir faire table rase du passé.

Un fait insignifiant fut le point de départ de la discussion. Un chirurgien de province avait envoyé deux observations, dont l'une était relative à un encéphaloïde du testicule chez un enfant de trois ans. Le rapporteur acceptait, sans discussion, le fait de la guérison du malade.

Qu'a-t-on voulu entendre par guérison? demanda M. Robert. Est-ce celle de la plaie ou celle de la maladie? car la guérison du cancer est tellement rare que ce fait pourrait être noté comme un des plus exceptionnels de la pathologie chirurgicale; aussi pensait-il que des réserves devaient être faites sur le diagnostic.

Cette réflexion toute naturelle fut vivement relevée par Velpeau qui affirma que la curabilité du cancer n'était pas exceptionnelle

Ces deux dernières tumeurs présentent une surface grenue, suintante.

Entre les trois tumeurs, on voit une vraie mosaïque de plaques crustacées. on squameuses, ou simplement rugueuses, on encore pityriasiques. Puis, dans les intervalles de peau relativement saine, le lichen, disposé en larges papules très confluentes et généralement très pâles, passerait facilement inaperçu au milieu des autres lésions qui pour ainsi dire tirent l'œil. Mais il suffit d'un peu d'attention pour apercevoir un pointillé de lichen très marqué, surtout entre les épaules, et qui, en certains endroits, mériterait le nom de « lichen lividus. »

La *région sacrée* présente une grande surface de forme ovalaire, à grand axe un peu incliné vers la droite, qui est recouverte d'une croûte peu épaisse, sèche, et repose sur une surface d'un rouge brune.

Sur l'épaule gauche, et la recouvrant à la manière d'une épaulette, une vaste plaque d'eczéma se voit, ulcérée superficiellement et suintant.

Le creux axillaire droit offre de son côté, se prolongeant en avant et semblant marquer le rebord antérieur du muscle deltoïde, une traînée eczémateuse qui se termine brusquement un peu audessous de la clavicule.

Les bras et les avant-bras n'ont que quelques plaques sèches ou croûteuses, petites et isolées.

Les mains ne présentent aucune éruption. La peau y semble épaissie, l'épiderme y est un peu rugueux; il est d'une sécheresse absolue.

Les ongles sont non pas amincis, comme dans d'autres cas de mycosis, mais bien plutôt épaissis à leur bord libre. Ils sont cassants, à cassure assez nette, un peu dentelée, mais de direction irrégulière.

La peau fait une saillie marquée au-dessus de la matrice des ongles, et au niveau de cette saillie l'épiderme est plus foncé; il est d'un rouge brun sale. A la face palmaire des doigts, l'épiderme, toujours très sec, est excessivement épais.

Quelques petites cicatrices linéaires colorées en bleu rappellent la profession qu'exerce G... depuis plus de quinze ans.

Aux *membres inférieurs*, je signalerai une cicatrice circulaire de 0m,04 de diamètre située vers le milieu de la face antérieure de la cuisse gauche et que la femme de G... rapporte à un furoncle guéri depuis trois ou quatre ans. Le tissu cicatriciel est pâle, fin, un peu ridé.

La jambe droite est le siège de cette vaste ulcération dont j'ai parlé plus haut qui ferait penser au premier abord à un eczéma variqueux et même, vers le cou-de-pied, au lichen hypertrophique de M. Hardy. Mais il n'y a pas de varices, au moins apparentes, sur ce membre.

L'éruption fait le tour complet de la jambe qui d'ailleurs n'est guère plus volumineuse que la jambe gauche. On voit des îlots de peau saine au milieu de cette vaste plaie. Ailleurs se voient des croûtes très étendues.

La jambe gauche laisse voir quelques veines superficielles un peu sinueuses.

A cette jambe existent d'anciennes élevures de la peau, flétries et guéries, de forme très variée.

A la région postéro-interne de la partie moyenne, il y a une surface ovalaire de 0m,09 de long sur 0m,06 de large dont l'épiderme est rugueux, épaissi et un peu rouge.

Au creux poplité du côté gauche, on constate l'existence d'une éruption circinée irrégulièrement arrondie, limitant une surface d'un rouge assez marqué par une bordure légèrement saillante d'une couleur plus accentuée, sèche et un peu acuminée à certains endroits (1).

(A suivre.)

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

NOTE SUR UN CAS D'AFFECTION HÉPATIQUE ANCIENNE, RÉVEILLÉE A LA SUITE D'UN TRAUMATISME DE L'ŒIL, par M. LUCIEN PICQUÉ.

Sallier (Louis), âgé de 44 ans, employé de commerce, entré le 7 juin 1883 dans le service de M. Berger, à la Charité, salle Sainte-Vierge, n° 31.

Le malade est un homme fort et robuste, ayant toujours joui d'une excellente santé, d'une constitution athlétique. Nous avons scruté son passé avec le plus grand soin, sans y trouver la moindre trace de maladie antérieure.

Il nous raconte qu'à l'issue d'une soirée joyeuse il fut battu dans la rue et qu'il reçut au cours de la lutte un coup de poing sur l'œil gauche. Le coup fut violent, mais il n'y eut pas perte de connaissance.

La vue, dit-il, avait été perdue sur-le-champ, mais l'œil était indolent. L'attention du malade ne fut pas attirée de ce côté, mais il éprouva dès le lendemain une douleur sourde au niveau de l'hypochondre droit, avec sensation de nausées. Les jours suivants, il re-

(1) Un moule en plâtre de la grosse tumeur mycosique de la région dorsale et quelques photographies représentant G... sous diverses attitudes ont été déposés à l'Académie de médecine.

et qu'un chirurgien habile, expérimenté, attentif, pouvait toujours se passer du microscope qui, jusqu'à ce jour, ajoutait-il, n'avait encore été d'aucune utilité dans l'étude des tumeurs.

Le président proposa de mettre à l'ordre du jour la question de la curabilité du cancer, qui, subsidiairement, entraînait celle du diagnostic, et alors commença la plus étonnante des discussions, que l'on pourrait comparer à ces grands combats d'artillerie dans lesquels les adversaires se mitraillent sans pouvoir se mesurer corps à corps.

En montant à la tribune, les adversaires du microscope répondaient beaucoup plus aux articles de la presse qu'aux discours de leurs collègues, qui avaient cru pouvoir s'en faire les défenseurs, car aucun d'eux ne pouvait être considéré comme un micrographe. Cette impression ressortait si nettement des débats qu'un des orateurs regrettait que la cause du microscope ne pût être défendue au sein de l'Académie par un de ses partisans, et que Velpeau se plaignait que les micrographes du dehors, en étendant le champ de la discussion, l'eussent fait sortir de ses premières limites.

Des deux côtés, la campagne fut vivement menée, et il serait difficile, encore aujourd'hui, de dire à qui resta la victoire; mais la fortune est femme, dit-on, elle aime la jeunesse et elle sembla faire pencher la balance en faveur de la jeune école. En science comme en politique, le rôle de conservateur est toujours un rôle ingrat.

M. Broca fut un des plus engagés dans cette lutte mémorable, et ses articles du *Moniteur des hôpitaux* eurent un véritable retentissement: « J'ai reçu, écrivait-il à son père, des félicitations inattendues pour mes articles et entre autres, devinez de qui? de « Monseigneur le comte de Chambord, qui a voulu que son médecin me fit savoir qu'il avait vu avec plaisir une plume aussi habile que la mienne au service de la science et du progrès. » Les gens à pied, ajoute M. Broca, sont toujours un peu révolutionnaires. Malgré cette moqueuse restriction, on voit qu'il fut assez flatté du compliment qui prouve d'ailleurs que Mgr le comte de Chambord n'avait pas mauvais goût.

Pendant cette importante discussion, M. Broca mettait la dernière main à son *Traité des anévrismes et leur traitement*.

Cet œuvre magistrale, messieurs, restera comme un des grands monuments de la littérature chirurgicale du XIXe siècle. On y trouve, avec son talent exceptionnel d'exposition, toutes ces remarquables

marqua un peu de ballonnement du ventre et se décida à entrer à l'hôpital.

Dès son entrée, nous sommes frappés de la teinte subictérique du tégument et des conjonctives; le malade affirme qu'il ne s'en est jamais aperçu.

L'abdomen est volumineux; il y a du tympanisme et un peu d'ascite caractérisée par une zone de matité peu étendue dans la région des flancs.

Le foie est légèrement douloureux à la pression et ne déborde que de deux travers de doigt le rebord des fausses cotes.

Il y a un léger œdème au niveau des malléoles. Le malade est un peu languissant; l'appétit est nul

L'examen de l'œil nous fournit les renseignements suivants : il y a de la protrusion due probablement à un épanchement sanguin rétro-bulbaire et intra-oculaire; ecchymose palpébrale et sous-conjonctivale prononcée. Pas de chémosis. La cornée ne présente aucune lésion à l'éclairage oblique. La chambre antérieure est remplie de sang. L'iris n'est pas visible; le champ pupillaire est impossible à explorer. On ne peut constater de déchirure de la cristalloïde.

M. Berger note une légère décentration du cristallin à gauche.

L'examen des membranes profondes ne saurait être fait pour les mêmes raisons. L'œil, à la palpation, révèle un peu d'hypertonus, mais il n'est pas douloureux à la pression. Pas de douleurs spontanées orbitaires ou péri-orbitaires. La vision est totalement abolie.

Ajoutons, pour n'y plus revenir, que l'œil est resté indolent jusqu'à la mort et qu'il n'a été le siège d'aucune inflammation.

Les jours suivants, l'état général s'est aggravé : augmentation de l'ascite et de l'œdème des membres inférieurs. Diarrhée peu abondante, mais incoercible. L'ictère seul semble avoir légèrement diminué.

Le 18, le malade est notablement amaigri; la face est terreuse, l'alimentation est nulle; miction difficile.

Le 23, le malade a légèrement toussé depuis la veille; à l'auscultation, on observe des râles sous-crépitants à la base du poumon droit. Aggravation de l'état général. Température, 38,4.

Le 27, il succombe doucement.

A l'autopsie nous trouvons un foie volumineux pesant 2,500 gr.; sa surface est lisse dans sa plus grande étendue, mais présente des points granuleux inégaux sur sa surface convexe. Quelques adhérences au péritoine hépatique. Le tissu résiste au doigt, et à la coupe sa surface est blanc-grisâtre et présente par places une coloration jaunâtre prononcée.

L'œil a été enlevé et remis à M. Rémy, professeur agrégé et chef du laboratoire, qui a eu l'extrême obligeance d'en faire l'examen et de nous dicter la note suivante :

En faisant une section de l'œil dans son grand diamètre, on trouve en arrière des procès ciliaires, à une distance d'environ 1 millimètre, une masse indurée dont la section mesure 1 millimètre carré et dont la forme est celle d'une bandelette saillante courant parallèlement aux procès ciliaires. Cette bandelette occupe à ce niveau environ une moitié de la circonférence de l'œil.

Au point de vue histologique, on constate qu'en cet endroit la choroïde est déchirée; on y voit facilement l'interruption des deux couches de cellules colorantes de cette membrane.

De l'écartement des lèvres de la plaie surgit un bourgeon de forme arborescente, constitué par des faisceaux de tissu conjonctif de nouvelle formation, et qui fait saillie dans le corps vitré.

La rétine, examinée en arrière de la lésion, présente en plusieurs points des accumulations de cellules entre elles et la choroïde; ces amas donnent l'idée de décollement partiel de cette membrane dû à la présence de ces éléments de nouvelle formation. A ce niveau, les diverses couches de la rétine existent, sauf celle des cônes et des bâtonnets qui sont très altérés.

Aucune trace d'hémorrhagie ne persiste; on ne trouve nulle part de matière colorante, ni de cristaux, ni de grains d'hématoïdine.

L'axe du cristallin semble déplacé. Il n'a pas été examiné, mais il ne présente rien de particulier à l'œil nu.

RÉFLEXIONS. — Il n'est plus besoin aujourd'hui de défendre longuement la question des rapports du traumatisme avec les lésions viscérales préexistantes : les preuves sont actuellement nombreuses, grâce à l'infatigable ardeur de M. le professeur Verneuil et de ses élèves.

L'observation actuelle nous a semblé cependant intéressante à ajouter au dossier, en ce sens qu'elle nous montre une lésion en somme insignifiante de l'œil amener en trois semaines la mort d'un homme de robuste constitution par le réveil d'une affection hépatique qui ne s'était accompagnée jusqu'alors d'aucun symptôme appréciable.

Si la singularité du fait permettait à quelques-uns de nier la relation de cause à effet, nous ne regretterions pas d'avoir signalé le fait comme une curieuse coïncidence.

Mais il faut avouer que ces coïncidences sont bien nombreuses aujourd'hui et que leur nombre doit, en bonne logique, conduire finalement l'esprit à admettre la corrélation.

Tout récemment encore, à la Société anatomique, séance du

---

qualités d'érudit et de critique, qui ont permis à un juge autorisé de dire que M. Broca n'a jamais rien écrit de médiocre.

Quoi de plus intéressant que les pages dans lesquelles M. Broca, vous faisant suivre pas à pas ses recherches pour déterminer le jour où Desault appliqua au traitement de l'anévrisme poplité la méthode d'Anel, établit, preuves en main, que l'opération a été pratiquée le 22 juin 1785 et croit être en droit d'affirmer que le grand chirurgien français a non seulement l'honneur de l'avoir pratiquée le premier, mais encore d'avoir agi en pleine connaissance de cause.

Dans le chapitre de physiologie pathologique, M. Broca donnait du mode de formation des caillots mous et des caillots fibrineux, en leur imposant la dénomination si caractéristique d'actifs et de passifs, une séduisante théorie qui venait éclairer cette obscure question.

Si des travaux plus récents ont un peu modifié l'absolutisme de sa théorie, en démontrant qu'un caillot passif ou fibrino-globulaire peut se transformer en caillot actif, ils n'en ont pas ébranlé le point fondamental : pour qu'un caillot actif puisse se former, il faut qu'entre l'artère et le sac la communication persiste.

C'est en se basant sur cette considération toute nouvelle que M. Broca a pu faire, du mode d'action des différentes méthodes proposées contre cette terrible lésion, une étude comparative qui l'amena à conclure que, dans le traitement des anévrismes des membres, la compression indirecte doit remplacer la ligature, comme la ligature, à la fin du siècle dernier, avait remplacé l'opération par l'ouverture du sac.

Le *Traité des anévrismes*, comme tout ce qu'a écrit M. Broca, est empreint d'un caractère d'absolue précision. Lorsqu'un événement douloureux le força à abandonner la voie de l'École polytechnique pour celle des sciences médicales, M. Broca y apportait un jugement droit, une solide instruction, une mémoire prodigieuse, une grande puissance de travail, une volonté de fer, qualités exceptionnelles qui lui permettaient de dire, en quittant le collège de Sainte-Foy, à un de ses jeunes camarades, aujourd'hui illustre géographe : « Je ne me sens aucune vocation particulière. « Toutes les carrières sont ouvertes au travail; partout, je suis sûr « de me créer une position à ma taille. » Opinion que l'avenir devait se charger de vérifier; mais il y apportait aussi un esprit positif plus fait pour les problèmes des sciences mathématiques

18 janvier, M. le professeur Verneuil, dans un remarquable discours sur les conditions étiologiques du *schok traumatique*, a présenté une observation de ce genre (1) où les hasards de la clinique, écartant toutes les causes accessoires qui peuvent obscurcir le problème et altérer les résultats, lui ont donné une incontestable valeur qui sera bien remarquée, nous l'espérons, et permettent de la placer à côté des faits les mieux établis de physiologie et de pathologie expérimentales.

Cette observation est encore intéressante au point de vue des lésions de la contusion oculaire. Nous avons présenté, dans une autre communication, quelques considérations relatives à cette lésion (2). Qu'il nous suffise de remarquer chez notre hépatique la disparition rapide et complète de l'épanchement sanguin et l'absence de toute complication inflammatoire.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Maladies du tube digestif

I. Contribution a la pathogénie de l'ulcère rond ou perforant de l'estomac, par M. Witkorowsky (3).— II. L'ulcère rond de l'estomac, son processus de cicatrisation, ses relations avec le cancer de l'estomac, par M. G. Hauser (4). — III. Sur une altération des plexus formés par le grand sympathique dans l'épaisseur de la paroi intestinale, par M. Blaschko (5). — IV. Second exemple de sécrétion continue d'un suc gastrique fortement acide, par M. Reichmann (6). — V. Travaux a consulter.

En prenant pour base des recherches faites sous la direction du professeur Rüdneff (de Saint-Pétersbourg), sur huit estomacs qui étaient le siège d'ulcères de différentes dimensions, M. Witkorowsky a émis des vues nouvelles sur la pathogénie de l'ulcère simple de l'estomac. Voici en substance comment l'auteur comprend le mécanisme de ce genre de lésion :

L'ulcère simple de l'estomac est le produit d'une inflammation formative de la paroi de cet organe. Cette inflammation se caractérise par une prolifération très intense du tissu conjonctif interstitiel de la muqueuse et de la couche sous-muqueuse, laquelle néoformation se traduit à l'œil nu par le développement de véritables circonvolutions séparées par des sillons, qui rappellent l'aspect des circonvolutions cérébrales. La muqueuse gastrique adhère à ces circonvolutions, qui reposent sur la tunique musculaire; celle-ci est fortement hypertrophiée, et son épaisseur est en rapport avec celle des circonvolutions. C'est au niveau du pylore, du cardia et de la petite courbure de l'estomac que la néoformation conjonctive et l'hypertrophie de la tunique musculaire atteignent leur plus grande intensité.

L'ulcère simple a toujours pour siège primitif le fond d'un sillon qui sépare deux circonvolutions adjacentes, par suite de l'irritation mécanique dont la muqueuse est le siège à ce niveau, et qui, au moment des contractions de la tunique musculaire, peut aller jusqu'au traumatisme. Il en résulte une atrophie circonscrite des couches les plus superficielles de la muqueuse, tandis que la matrice de cette membrane devient le siège d'une inflammation proliférative. Les éléments de nouvelle formation, produits de ce travail inflammatoire, se frayant une issue vers la surface libre de la muqueuse, il en résulte une petite ulcération. Les éléments néoformés ont une tendance à s'organiser en tissu conjonctif, circonstance favorable à la cicatrisation de l'ulcère. Mais au niveau de ce dernier et en dehors de la tunique musculaire, le tissu conjonctif sous-séreux est le siège d'une réaction inflammatoire qui détermine un épaississement circonscrit de la muqueuse. En outre, les produits de cette réaction inflammatoire pénètrent dans la tunique musculaire, qu'ils refoulent circulairement autour de l'ulcère, circonstance qui contrarie le travail de réparation.

En effet, la muqueuse, contournant cette saillie circulaire formée par le refoulement de la tunique musculeuse, déverse à la surface de l'ulcération le suc gastrique sécrété par les glandes qui sont hypertrophiées en ces points, comme le démontre l'examen histologique. Ce suc gastrique corrode la

(1) C'est une femme hémiplégique qui se brise le fémur dans son lit en se retournant et qui meurt d'adynamie huit jours après. L'autopsie démontre l'existence de noyaux cancéreux dans le poumon.

(2) Voir Bulletin de la Société anatomique, 1884, séance du 18 janvier.

(3) Virchow's Archiv., t. XCIV, fasc. 3, p. 512, 1883.

(4) Leipzig, 1883. Vogel, éditeur.

(5) Virchow's Archiv., t. XCIV, fasc. 1, p. 136, 1883.

(6) Berliner klin. Wochenschrift, 1883, nº 2.

---

que pour les problèmes multiples que soulève l'étude de l'homme malade.

Séduit par les brillantes idées de Malgaigne, il voulut, comme lui, soumettre à une critique indépendante les opinions et les doctrines, en s'appuyant sur la méthode numérique, sur la statistique chirurgicale, dont les déductions répondaient aux exigences de son esprit.

M. Broca ne sut peut-être pas se préserver des conclusions auxquelles conduit aisément cette méthode, et, lorsqu'on cherche à le prendre pour guide sur le terrain tremblant de la clinique, on ne trouve pas toujours l'appui nécessaire.

Quoi qu'il en soit, jamais l'histoire des anévrismes n'avait été traitée avec une telle autorité, et il suffit de se rappeler tous les travaux qui parurent à cette époque, pour pouvoir affirmer la valeur d'un ouvrage capable de faire naître un tel mouvement.

Je ne doute pas que l'avenir ne soit plus équitable que notre époque, en mettant sur le même rang que le traité des anévrismes le *Traité des tumeurs*. Le second chapitre : *origine et formation des productions accidentelles*, le troisième : *classification des tumeurs*, ne sont plus et n'étaient déjà plus, lorsque cet ouvrage parut, dans les idées courantes; mais, lorsqu'on songe à la rapidité avec laquelle les opinions se sont transformées sans cesse sur ce difficile sujet, quel est l'anatomopathologiste qui peut affirmer aujourd'hui que de nouvelles découvertes ne viendront pas, je ne dis pas modifier, mais anéantir complètement la théorie qu'il aura péniblement édifiée? Remaniez ces deux chapitres et l'ouvrage reprendra la place qu'il méritait, car jamais on n'avait conçu la pathologie générale des tumeurs sur un aussi vaste plan.

Vouloir vous parler de tout ce que M. Broca a écrit sur la pathologie chirurgicale m'entraînerait au delà du cadre dont je puis disposer, car, outre plus de deux cents mémoires publiés dans les différents organes français, M. Broca fut un des collaborateurs du *Dictionnaire de Chirurgie*, publié en anglais par Costillo; mais j'aime à vous rappeler ses beaux mémoires sur les *Luxations sous-astragaliennes*, sur les *abcès des os*, sur la *polyarthrite vertébrale* qu'il communiqua à la tribune de la Société de chirurgie dont il fût un des membres les plus actifs.

Avant de monter au fauteuil de la présidence, il avait eu l'honneur, messieurs, d'être votre secrétaire général; il apporta, dans ces fonctions, son ordre, sa ponctualité, ses qualités d'organisation

muqueuse au niveau de la solution de continuité. Il s'établit ainsi un véritable conflit entre l'action corrosive du suc gastrique, qui creuse l'ulcère en surface et en profondeur, et la réaction inflammatoire qui a pour foyer la matrice de la muqueuse et qui tend à la réparation de la perte de substance. Suivant que l'un ou l'autre de ces facteurs l'emporte, l'ulcère gagne de plus en plus en surface et en profondeur, ou aboutit à la cicatrisation spontanée. Dans le premier cas, il ne s'ensuivra pas forcément une perforation de l'estomac; car la muqueuse qui tapisse les bords de l'ulcère est facilement envahie par un travail inflammatoire avec métamorphoses régressives des glandes à pepsine.

La thérapeutique médicale, pour être efficace, devrait, selon l'auteur, arriver à tarir la sécrétion des glandes qui tapissent le rebord de l'ulcère, de même que dans un cas d'ectropion, nous supprimons l'agent d'irritation, les cils implantés vicieusement. Aussi M. Witkorowsky n'attend pas grand'chose des ressources de la thérapeutique vulgaire; peut-être le traitement de l'ulcère rond ressortira-t-il bientôt à la médecine opératoire, si l'on tient compte des premiers résultats fournis par la gastrectomie!

— M. Hauser a étudié les caractères histologiques de l'ulcère rond sur un certain nombre d'estomacs porteurs de cette lésion, et pour se mettre à l'abri des erreurs pouvant résulter des altérations cadavériques de cet organe, il a eu soin d'y injecter de l'alcool immédiatement après la mort du sujet, ou d'enlever l'estomac peu de temps après le trépas. Ces recherches ont montré la constance des altérations vasculaires de l'estomac, lesquelles sont le point de départ d'infarctus d'où procèdent les ulcères simples. Ces altérations constituent une circonstance défavorable à la cicatrisation. Celle-ci, quand elle a lieu, se fait à la faveur de la rétraction progressive du tissu conjonctif hyperplasié du fond de l'ulcère. En se rétractant, ce tissu amène peu à peu au contact les bords de l'ulcère, et celui-ci fait place à une cicatrice étoilée. D'après les recherches de M. Hauser, au niveau d'une semblable cicatrice on rencontre des glandes ayant la forme de boyaux sinueux, flanqués de nombreuses poches et de prolongements. A la surface interne de ces boyaux, les cellules à pepsine ont fait place à des cellules cylindriques plus ou moins allongées. En un mot, il s'est fait au niveau de la cicatrice une prolifération glandulaire atypique, due à une suractivité locale de la nutrition, nécessitée par le travail cicatriciel préparatoire. Cette prolifération glandulaire atypique s'arrête quand une fois le tissu néoformé se rétracte, d'où résulte une diminution de l'apport nutritif. Toutefois, au niveau des vastes ulcères dont le fond repose sur un organe avoisinant tel que le pancréas, la cicatrisation se heurte à de grands obstacles; il en résulte que le fond de ces ulcères demeure en état d'inflammation chronique et que la prolifération glandulaire atypique persiste indéfiniment. Le professeur Zencker avait émis cette vue hypothétique, que les ulcères réalisant ces conditions servent souvent de terrain à l'éclosion du carcinome de l'estomac. Cette hypothèse s'appuyait sur des faits d'observation clinique, car il arrive assez souvent que les symptômes de l'ulcère rond précèdent l'apparition des signes d'une néoplasie maligne, dans les cas de cancers de l'estomac en rapport avec un organe avoisinant. Or, dans un cas de carcinome ulcéré du pylore, offrant à première vue une grande ressemblance avec un vaste ulcère rond, l'examen histologique a démontré que la portion excentrique présentait bien les caractères du carcinome, tandis qu'au centre, on retrouvait des glandules dont la structure réalisait encore le type normal. M. Hauser conclut de là à l'exactitude de l'opinion du professeur Zencker, à la possibilité de voir un ulcère rond se transformer en ulcère cancéreux, en vertu d'une transformation atypique de l'épithélium glandulaire.

— A l'autopsie de deux malades dont l'un avait présenté les symptômes d'une anémie grave (pernicieuse), tandis que l'autre avait succombé à une pneumonie compliquée de délire alcoolique, M. Blaschko découvrit, en même temps qu'une atrophie de la muqueuse intestinale, une dégénérescence graisseuse des ganglions et des fibres des deux plexus d'Auerbach et de Meissner. Pour mettre cette altération en évidence, l'auteur a utilisé des lambeaux de muqueuse, de 10 centimètres de longueur, déposés pendant trois ou quatre jours dans une solution aqueuse de vinaigre de bois (25 pour 100).

Cette dégénérescence ayant fait défaut dans d'autres cas où la muqueuse de l'intestin était atrophiée, M. Blaschko considère comme très vraisemblable que, dans les deux faits en question, il s'agissait d'une atrophie de la muqueuse intestinale, consécutive à la dégénérescence des plexus nerveux qui fournissent à cette membrane.

---

qui en firent, lorsque cela fut nécessaire, un remarquable administrateur; mais il donnait, surtout à vos séances annuelles, un vrai lustre par le talent avec lequel, dans ses éloges, véritables modèles du genre, il racontait si bien et jugeait avec tant de compétence. Dans ses notices bibliographiques, dans son *Etude sur Celse*, dans les pages de ses ouvrages consacrées à la partie historique, M. Broca s'est élevé au rang des meilleurs écrivains; son style concis, nerveux, souvent brillant, jamais emphatique, est bien personnel.

L'orateur, chez M. Broca, n'était pas à la hauteur de l'écrivain; dans une de ses lettres, il parle d'un cours de pathologie externe pour lequel il avait voulu écrire le plan d'une leçon d'ouverture. « Arrivé à l'amphithéâtre, je ne pus même pas, dit-il, me rappeler la première phrase, les premières idées. » Aussi y avait-il toujours, au début de ses leçons, une certaine hésitation. « La parole n'était pas abondante, a écrit une plume aussi amicale que savante; on ne voyait pas s'élancer du cerveau la pensée amplement vêtue. Il cherchait le mot et son effort se traduisait par un énergique mouvement en avant du bras et de la tête, mais ce mot il le trouvait vite et magnifique de précision (1). »

Cette appréciation est juste: la phrase un peu courte ne lui permettait pas de donner à ses périodes l'ampleur que l'on trouve dans ses écrits, et son débit, qui se ressentait de cet effort, passait sans raison d'une tonalité basse à une tonalité élevée, quelquefois peu agréable.

A la tribune, dans la chaleur de la discussion, ces imperfections disparaissaient ou devenaient presque des avantages; il y apportait une ardeur qui alla souvent jusqu'à la violence: il écoutait avec peine les objections, accumulait arguments sur arguments, preuves sur preuves et semblait ne vouloir abandonner son adversaire que converti à ses idées ou complètement écrasé.

Quoique bon et généreux, M. Broca se laissait souvent entraîner par la passion. Il avait pris de son maître Gerdy une opinion dédaigneuse des hommes, mais on peut croire que, comme lui, s'il put se tromper quelquefois, jamais, du moins, il ne crut tromper les autres.

(1) M. P. Reclus.

— M. REICHMANN a publié, il y a plus d'un an, une observation d'hypersécrétion du suc gastrique, dont il a été rendu compte dans ce journal (1882, nº 44, p. 549). Le même auteur vient de publier une seconde observation du même genre, relative à un employé âgé de vingt-neuf ans qui avait eu des fièvres intermittentes et la dysenterie pendant la dernière guerre turco-russe. A la suite de ces deux maladies, il devint sujet à des troubles dyspeptiques caractérisés par de l'anorexie, un mauvais goût dans la bouche, des éructations et des régurgitations se produisant de préférence à la suite des repas, avec sensation de pesanteur à l'épigastre et tympanisme. Le malade n'a jamais eu de pyrosis. Le point intéressant de l'observation est que, chez ce malade, l'estomac à jeun et complètement débarrassé des résidus d'une digestion antérieure sécrétait constamment un liquide acide, qu'on pouvait retirer avec une sonde molle utilisée comme siphon, et qui présentait toutes les réactions chimiques et toutes les propriétés physiologiques du suc gastrique; c'est-à-dire que l'emploi des réactifs appropriés (tropéoline, violet de méthyle) démontrait que l'acidité de ce liquide tenait à la présence d'un acide inorganique, et que de la fibrine mise en digestion dans une certaine quantité de ce liquide étendue d'eau et portée à une température convenable (37º) était dissoute dans l'espace de dix minutes environ, tandis que l'amidon n'y était point transformé en sucre, preuve que le liquide ne renfermait pas de salive. Pour rendre l'expérience tout à fait concluante, on pratiquait le lavage de l'estomac du malade la veille au soir, et on ne lui donnait plus d'aliments jusqu'au lendemain matin. Ainsi on était sûr que le liquide extrait à l'aide de la sonde stomacale provenait bien d'un estomac à jeun.

Cette observation, comme celle qui l'a précédée, démontre en somme que la sécrétion du suc gastrique peut, dans certaines circonstances, se continuer dans l'estomac à jeun et que cette hypersécrétion d'un suc gastrique parfaitement normal est une cause d'accidents dyspeptiques.

Ajoutons que le lavage de l'estomac avait notablement amélioré l'état du malade au moment où celui-ci fut obligé de quitter l'hôpital pour retourner dans sa famille.

TRAVAUX A CONSULTER.

— Contributions au diagnostic des maladies de l'estomac, par le professeur LEUBE (*Deut. Archiv für klin. Medicin*, t. XXXIII, fasc. 1, p. 1, 1883).

— La distension artificielle du gros intestin utilisée dans un but diagnostic ou thérapeutique, par le professeur ZIEMSSEN (*Ibidem*, fasc. 2 et 3, p. 235).

— Exploration physique de l'œsophage et de l'estomac, principalement au point de vue de la pression intra-thoracique et intra-abdominale, par le docteur SCHREIBER (*Ibidem*, p. 425).

— Contribution à l'étude clinique des affections de l'intestin, par le professeur NOTHNAGEL (*Zeitschrift für klin. Medicin*, t. VII, fasc. 1, p. 1, 1883).

— Sur un myome télangiectasique du duodenum, de dimensions insolites, par le docteur WESNER (*Virchow's Archiv*, t. XCIII, fasc. 3, p. 377, 1883).

— Sur le sort des matières infectieuses dans le tube digestif, par le docteur FALK (*Ibidem*, fasc. 2, p. 177).

E. RICKLIN.

BIBLIOGRAPHIE

LEÇONS DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE PROFESSÉES A L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE, par M. DUJARDIN-BEAUMETZ, recueillies par M. le docteur CARPENTIER-MÉRICOURT. 3 vol. in-8 (3e édit). — Paris, O. Doin, éditeur.

M. Dujardin-Beaumetz vient de faire paraître le dernier fascicule d'une publication connue déjà de nos lecteurs. Il s'agit des *Leçons de thérapeutique*, que ce médecin distingué a professées à l'hôpital Saint-Antoine et qu'il a publiées en fascicules au fur et à mesure que son enseignement, conduit dans un ordre systématique, avait parcouru les différents groupes de maladies qui rentrent dans les cadres de la pathologie interne. La tâche entreprise par M. Dujardin-Beaumetz n'exigeait pas seulement beaucoup d'érudition et une grande expérience clinique, mais encore une patience et un labeur auxquels un médecin, aux prises avec les fatigues de la pratique hospitalière et civile, a rarement le courage de se soumettre. M. Dujardin-Beaumetz a mené à bonne fin ce travail de longue haleine, qui met entre les mains des praticiens de notre génération un véritable compendium de thérapeutique clinique, au courant de toutes les acquisitions de la science moderne; la conscience d'avoir fait une œuvre réellement utile et le légitime succès que cette œuvre a obtenu auprès du public médical le récompenseront largement de ses efforts.

Physiquement, M. Broca exprimait la force et la puissance. De taille moyenne, mais robuste, la tête bien posée, le front bien découvert, les cheveux reportés en arrière, les yeux très lumineux, les lèvres larges et épanouies, tout faisait deviner l'homme construit pour sortir victorieux de la lutte de l'existence.

Toujours simplement vêtu, sans aucune recherche, la démarche un peu pesante, le regard souvent perdu dans l'espace, M. Broca ne laissait pas deviner sa valeur, et cependant, lorsque les circonstances l'exigeaient, il se transfigurait. Rendant compte d'une cérémonie dans laquelle une députation de l'Académie avait paru en uniforme, un journaliste, qui était bon juge, écrivait: « Je ferai « mon compliment à M. Broca pour l'assurance et la grâce « avec laquelle il porte l'habit brodé, le claque galonné et l'élégante « épée d'académicien; c'est tout à fait cela : un académicien gen« tilhomme. »

Depuis longtemps, M. Broca avait sa place marquée à l'École de médecine et, lorsqu'en 1869, un an après son entrée à l'Académie de médecine, il fut appelé à la chaire de pathologie externe qu'il devait rapidement échanger pour celle de clinique, on était en droit d'espérer que, placé sur une des plus belles scènes du monde, il allait nous faire assister au développement d'une de ces grandes situations chirurgicales qui, à elle seule, suffit à la gloire d'une faculté.

Il n'en fut rien; M. Broca publiera encore la première partie du second volume de son *Traité des tumeurs* qui contient une monographie importante des tumeurs constituées par l'hypergénèse des tissus dentaires transitoires et définitifs, pour lesquelles il créa le nom d'*odontomes*; il sera toujours le chirurgien exact à l'hôpital, le professeur consciencieux ne laissant jamais passer inaperçu un cas nouveau, mais, sans se désintéresser du mouvement chirurgical, il n'y prendra plus part que tout à fait accidentellement.

(A suivre.)

La Société médico-physique de Florence, dans la séance publique du 27 janvier dernier, a décerné le prix Galligo aux docteurs A. Bianchi et C. Balocchi pour leur mémoire sur la *Paralysie spinale régressive de l'enfance*.

L'ouvrage, qui en est déjà à sa troisième édition, comprend trois parties distribuées de la façon suivante :

1re partie. — Traitement des maladies du cœur et de l'aorte, des maladies de l'estomac et des maladies de l'intestin.

2e partie. — Traitement des maladies du foie et des reins, des maladies du poumon, des maladies de la plèvre, du larynx et du pharynx.

3e partie. — Traitement des maladies du système nerveux; traitement des fièvres et des maladies générales.

Il ne saurait être question ici d'analyser l'ouvrage de M. Dujardin-Beaumetz chapitre par chapitre. Notre tâche se bornera à faire connaître l'esprit qui a présidé à l'enseignement de l'auteur.

M. Dujardin-Beaumetz, comme il le dit lui-même, s'est placé sur le terrain de la clinique. Son principal objectif a été, non pas le médicament avec ses effets toxiques et thérapeutiques multiples s'exerçant sur la plupart des appareils et des fonctions de l'organisme, de sorte qu'à propos des applications thérapeutiques de chaque substance médicamenteuse on est entraîné à s'occuper des affections les plus dissemblables; il a eu en vue la maladie avec ses formes variées, avec ses indications et ses contre-indications différentes d'un sujet à l'autre, suivant l'âge, la constitution, le tempérament du malade, l'état des grandes fonctions et des principaux organes, l'état général, etc.

Ce point de départ une fois admis, il était nécessaire, pour édifier le traitement des maladies d'un appareil ou d'un système sur des bases rationnelles, de rappeler au lecteur et la pathogénie des accidents qui constituent chaque état morbide et le mode d'action des agents thérapeutiques employés pour remédier à ces accidents. Cette double nécessité a été parfaitement comprise par M. Dujardin-Beaumetz. En tête de chaque chapitre de son ouvrage, l'auteur a pris soin de résumer sous une forme claire et concise les notions anatomiques et physiologiques indispensables pour donner au lecteur une idée nette des lésions matérielles et des troubles fonctionnels de chaque maladie. Ces notions de pathogénie servent de préface à la thérapeutique générale des maladies d'un organe important ou d'un appareil. Une fois le lecteur armé de cette double notion du mécanisme du trouble morbide et du mode d'action des agents susceptibles de modifier la fonction troublée, le traitement des principales maladies qui peuvent frapper un même organe ou un même appareil est étudié dans tous ses détails. Un exemple fera bien comprendre comment le plan que nous venons d'ébaucher a été rempli par M. Dujardin-Beaumetz. Cet exemple, nous l'emprunterons au fascicule consacré au traitement des maladies du système nerveux.

Tout d'abord l'auteur rappelle les notions qui ont cours sur la constitution anatomique, l'agencement et l'activité fonctionnelle des éléments nerveux, sur l'action élective que certaines substances médicamenteuses, les anesthésiques par exemple, exercent sur ces éléments. Deux chapitres spéciaux sont ensuite réservés aux deux principaux modificateurs du système nerveux, l'hydrothérapie et l'électricité, envisagés dans leurs différents modes d'application. Le lecteur trouve dans ces deux chapitres tous les renseignements techniques désirables pour être à même de tirer parti des ressources précieuses que ces deux ordres d'agents thérapeutiques lui offrent pour le traitement des maladies nerveuses.

L'auteur étudie ensuite, dans autant de chapitres séparés, la pathogénie et le traitement des névralgies, des grandes névroses, hystérie, épilepsie, chorée, le traitement des méningites, des myélites. A propos de chaque substance répondant à une indication déterminée, le lecteur trouve au bas de la page des notes qui le renseignent sur ce que l'on sait de l'action pharmaco-dynamique de cette substance. Ces notes sont complétées par des indications bibliographiques qui mettent le lecteur au courant des principaux travaux ayant trait à l'histoire d'un médicament ou d'un procédé de traitement. Ainsi les névralgies sont étudiées au point de vue de leur pathogénie, de l'influence qu'exercent sur leur développement les lésions et les troubles du système nerveux, les troubles circulatoires, les altérations du sang. Eu fait de remèdes à employer contre les différentes variétés de névralgies considérées au point de vue de leur nature et de leur siège, l'auteur passe tour à tour en revue les agents de la médication symptomatique (hypnotiques, anesthésiques, analgésiques, antinévralgiques, médications révulsive et substitutive).

Les questions de posologie, la manière de formuler chaque médicament, sont traitées avec un soin extrême, qui constitue un des principaux mérites de l'ouvrage, et l'on trouverait difficilement un formulaire offrant à ce point de vue autant de ressources au médecin praticien; les remèdes qui ne sont pas du ressort de la pharmacologie sont exposés avec tout autant de soin. A cet égard, l'ouvrage en question comble une lacune qu'ont dû regretter maintes fois ceux qui sont aux prises avec les difficultés quotidiennes de la pratique médicale, et on doit se féliciter de voir un médecin des hôpitaux de Paris réagir contre cette tendance exagérée à l'indifférence et au scepticisme en matière de thérapeutique qui a trop longtemps régné parmi nous.

Le dernier fascicule de l'ouvrage, qui vient de paraître il y a quelques jours, mérite par cela même une mention détaillée. Il est consacré au traitement des maladies générales et des fièvres. Fidèle au plan que nous avons fait connaître, M. Dujardin-Beaumetz étudie d'abord le sang au point de vue thérapeutique, l'action de certains médicaments sur les divers éléments du sang, les modifications que les substances médicamenteuses éprouvent au contact de cette humeur, les agents thérapeutiques qui agissent directement sur la masse et la composition du contenu des vaisseaux, c'est-à-dire les injections intra-veineuses (transfusion) et les émissions sanguines. Puis l'auteur fait l'application de ces données de thérapeutique générale au traitement des anémies, du rhumatisme articulaire aigu et chronique, de la goutte, du diabète, de la syphilis.

La seconde partie de ce même fascicule débute par des considérations sur la fièvre envisagée au point de vue thérapeutique et par l'exposé des principales théories qu'on a données de l'état fébrile. Un chapitre de thérapeutique générale, où sont étudiées les médications antithermiques et principalement la médication réfrigérante, sert de préface à trois chapitres de thérapeutique appliquée, l'un affecté au traitement de la fièvre typhoïde, les deux autres au traitement des fièvres intermittentes et des fièvres éruptives.

Le chapitre réservé au traitement de la fièvre typhoïde présente un véritable intérêt d'actualité. Il reflète avec une grande fidélité les discussions retentissantes que cette question de thérapeutique a soulevées au sein de l'Académie et qui ont eu leur écho à la Société médicale des hôpitaux. Adversaire de toute doctrine systématique, M. Dujardin-Beau-

metz ne croit pas aux médications spécifiques qui prétendent à une efficacité universelle. La médication réfrigérante sons toutes ses formes, aussi bien que les divers médicaments antithermiques, antipyrétiques, antifermentescibles, quinine, acide salicylique, acide phénique, kairine, résorcine, alcool, etc., ont leurs indications et leurs contre-indications. Toutes ces médications deviennent dangereuses quand elles sont appliquées mal à propos. Dans le choix de ces médications, il faut tenir compte de l'âge du sujet, de son état général, de sa constitution, des allures de l'épidémie régnante, et surtout de la prédominance de certaines manifestations et de certaines complications qui réclament une intervention active du médecin et la mise en œuvre de moyens variables suivant les circonstances. C'est à ce point de vue que s'est placé M. Dujardin-Beaumetz, ne négligeant rien de ces nombreux détails relatifs à l'alimentation, au choix des tisanes, aux soins généraux de propreté, aux soins à donner à la bouche des typhiques, à la désinfection des garde-robes, aux mesures de préservation à prendre en cas de prédominance des manifestations délirantes, aux soins hygiéniques, etc., qui, bien connus du médecin, lui font jouer au lit du malade un rôle bien autrement utile que l'aveugle emploi d'un traitement systématique.

E. Ricklin.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE.

Douleurs ostéoscopes (valeur pathogénique et thérapeutique de certaines). — On voit parfois de petits enfants immobiles dans leur berceau, où ils se tiennent recroquevillés, repliés sur eux-mêmes et poussant des cris aigus dès qu'on fait mine de les prendre, à plus forte raison lorsqu'on cherche à les dresser sur leurs jambes, qu'ils tiennent obstinément repliées. On constate que, non seulement les articulations, mais tous les os, sans exception, sont douloureux. Et cependant, au début de ces phénomènes, les chairs conservent leur fraîcheur et nulle déformation ne se manifeste autour des articulations. Ce n'est qu'au bout d'un certain temps que la cachexie et les gonflements articulaires se manifestent.

Prenons maintenant un adolescent, après une poussée trop rapide de croissance. Nous verrons qu'en peu de semaines la gaieté, le besoin de mouvement, ont fait place chez lui à la tristesse et à une profonde indifférence, aussi bien pour les jeux que pour le travail. Interrogez-le et il vous répondra qu'il souffre, dans les articulations et même la continuité des membres, de douleurs sourdes, facilement exaspérées par le moindre mouvement.

Enfin, si nous observons certaines femmes pendant le cours de leur grossesse, nous les entendons, surtout vers le sixième ou le septième mois, se plaindre de lassitude générale, avec douleurs plus ou moins vives dans toutes les articulations. Le plus souvent, ces jeunes femmes présentent les attributs de la fausse pléthore.

Il ne faut pas chercher bien longtemps pour trouver à ces trois états une seule et unique origine, une cause commune, l'*inanition minérale*.

En effet, si nous recherchons les antécédents, nous trouvons que quelque temps avant de commencer à se plaindre, puis à dépérir, l'enfant recevait une alimentation pauvre en sels calcaires, ou dans laquelle ces composés se trouvaient dans un état tel, que les organes digestifs ne pouvaient les assimiler. Les sucs nourriciers ne pouvant prendre l'état solide et passer à l'état de tissus sans l'intervention du phosphate de chaux, l'organisme, pour faire face au déficit causé par la mauvaise alimentation, emprunte au squelette le sel qui lui manque, et pendant quelque temps les os, appauvris, deviennent le siège de troubles trophiques sérieux, tandis que les tissus mous continuent à se développer. Plus tard, lorsque la réserve de phosphate des os se trouve épuisée, les phénomènes pathologiques éclatent du côté du tube digestif et des autres systèmes organiques.

Les choses ne se passent pas autrement chez l'adolescent, sauf cette différence toutefois que les os, déjà moins cartilagineux, n'ont plus la même tendance à se déformer.

L'origine des douleurs ostéocopes de la femme enceinte n'est pas plus obscure. Elles se montrent chez la jeune mère qui n'a pas pu constituer de réserves calcaires suffisantes pendant les premiers mois de la grossesse et qui ne présente ni l'augmentation de poids de tous les os, ni les ostéophytes qui recouvrent souvent la surface des os plats et que l'on prenait autrefois pour les produits d'une erreur de nutrition. Vers la fin de la grossesse, lorsque le développement du fœtus se fait avec une activité toute particulière, la mère, obligée de fournir de grandes quantités de phosphate calcaire, les emprunte à sa propre substance, et s'appauvrit au point de ne plus pouvoir assimiler ses aliments. De là les douleurs osseuses et l'infiltration des chairs par des éléments qui maintiennent à l'état liquide la prédominance des sels alcalins et presque privés du phosphate de chaux, seul capable de les fixer à l'état solide.

Si l'observation des symptômes ne suffisait pas pour démontrer que nous nous trouvons, dans ces trois cas, en présence des conséquences de l'inanition minérale, telle qu'elle a été décrite par Dusart, les résultats produits par le traitement ne permettraient plus aucun doute.

Le même médicament réussit en peu de temps dans l'un comme dans l'autre cas, et ce médicament n'est autre que le *phosphate de chaux*, surtout lorsqu'on l'administre sous la forme physiologique de lacto-phosphate que lui a donnée l'auteur dont nous citions plus haut les travaux.

Qu'on le fasse prendre sous forme de vin ou de sirop, le lacto-phosphate de chaux agit avec rapidité. Dès les premiers jours, les malades voient renaître leur appétit. Le regard, d'abord atone, reprend sa vivacité, et dans un délai qui ne dépasse pas souvent huit ou dix jours, les mouvements, au lieu d'être redoutés et douloureux, deviennent vifs et faciles. Les chairs reprennent leur fermeté et leurs couleurs; en un mot, la situation redevient normale, dès que l'on rend aux aliments le complément indispensable dont ils avaient été privés d'abord, et sans lequel ils ne peuvent s'assimiler, c'est-à-dire se fixer dans les tissus.

Dr Arthaud.

FORMULAIRE

Electuaire ferrugineux laxatif.

Rec.	Ethiops martial............	20 grammes.
	Cannelle pulvérisée........	4 —
	Quinquina jaune pulvérisé..	8 —
	Racine de jalap pulvérisée.	4 —
	Miel blanc...............	120 —

M. s. a. — A prendre avant chacun des deux principaux repas la valeur d'une cuillerée à café de ce mélange.

Pilules contre l'anémie accompagnée de leucorrhée.

Rec.	Safran de Mars apéritif.	0 gr. 1
	Cachou.	0 gr. 1
	Aloès.	0 gr. 025
	Térébenthine de Venise.	q. s.

Pour f. s. a. une pilule. Faire 100 pilules semblables. En prendre une ou deux dans les vingt-quatre heures.

E. R.

CHRONIQUE

Nécrologie. — Les journaux russes annoncent la mort du docteur Popow, qui a succombé récemment, à l'âge de vingt-sept ans,

aux suites d'une diphtérie contractée à l'hôpital des Enfants Prince Pierre d'Oldenbourg (Saint-Pétersbourg), où il remplissait les fonctions de chef de service adjoint.

— Nous apprenons la mort du docteur Garibaldi, qui occupait à Bologne la chaire de médecine légale.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par décret, en date du 5 février 1884, M. Tarnier, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants.

— M. Ogier, docteur ès sciences, est nommé chef du laboratoire de chimie à la Morgue (emploi nouveau).

— M. le docteur Vibert est nommé chef du laboratoire d'anatomie pathologique à la Morgue (emploi nouveau).

***

ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS. — Un concours pour la nomination à trois places de médecin du Bureau central sera ouvert le lundi 3 mars 1884, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Un autre concours pour la nomination à deux places de chirurgien du Bureau central s'ouvrira le jeudi 20 mars 1884, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

***

ASSOCIATION AMICALE DES INTERNES ET ANCIENS INTERNES DES HÔPITAUX DE PARIS. — Les statuts de cette association viennent d'être adressés à tous les internes et anciens internes des hôpitaux de Paris.

Le Comité a déjà reçu près de deux cents adhésions. — Il se compose de MM. le professeur Hardy, *président*; Lunier, *vice-président*; Piogey, *trésorier*; Bottentuit, *secrétaire*; Desprès, Brouardel, Tillot, Chauffard, Ballet, Paquet, Thomas et Pamard.

***

ECOLE DU VAL-DE-GRACE. — M. Lubanski, médecin-major de deuxième classe de l'Ecole d'application de cavalerie à Saumur, est nommé agrégé de clinique médicale à l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. Périer, chargé des fonctions d'agrégé, est maintenu en exercice pour une période de trois ans.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. Tédenat, agrégé, est chargé du cours de clinique externe en remplacement de M. Courty, admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, en date du 14 janvier 1884, la chaire d'anatomie pathologique de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie est déclarée vacante.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Pendant la durée du congé accordé à M. le professeur Ritter, M. Garnier, agrégé, est autorisé à faire un cours complémentaire de chimie médicale et de toxicologie.

***

ECOLE DE MÉDECINE D'AMIENS. — M. Deloge, docteur ès sciences, professeur de physique au lycée d'Amiens, est chargé en outre d'un cours de physique à l'Ecole de médecine.

***

ECOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — M. le professeur Chaplain est nommé directeur de l'Ecole de médecine de Marseille, en remplacement de M. Seux, décédé.

***

ECOLE DE MÉDECINE DE POITIERS. — M. le docteur Roland est institué suppléant des chaires de clinique et de pathologie internes.

***

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE. — Dans une lettre qu'il vient d'adresser au journal THE LANCET, le professeur Panum, président de ce congrès qui s'ouvrira à Copenhague le 10 août prochain, fait connaître les noms des principaux orateurs qui se sont déjà fait inscrire pour des communications diverses. En France, MM. Pasteur, P. Bert, Ranvier, Charcot, Verneuil, Cornil, Hayem, Malassez, Chauveau, Ollier, Trippier, Lépine; en Italie, M. H. Bizzozero, Hossa, Golgi, Baccelli, Giacomo, Peromento, Novaro, Reymond, Tomasi, Crudeli; en Allemagne, Virchow, Ludwig, Esmarch, Volkman, His, Braune, Kronecker, Munk, Külne, Heindenhain.

***

Le Congrès des sociétés savantes s'ouvrira à la Sorbonne le mardi 15 avril 1884, à midi et demi. Les journées des mardi 15, mercredi 16 et jeudi 17 seront consacrées aux travaux du Congrès. La séance générale aura lieu dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne le samedi 19 avril, à deux heures précises.

— Le Congrès international d'hygiène s'ouvrira cette année à la Haye, le 21 août.

***

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE DE BORDEAUX. — Cette Société, qui vient de se fonder, a tenu sa première séance le 19 janvier dernier. Dans une allocution très applaudie, le président, M. Azam, a insisté sur les conditions topographiques qui font de Bordeaux un centre de recherches archéologiques et ethnologiques, et désignaient ainsi cette ville comme le siège tout naturel d'une Société propre à encourager et à féconder ces recherches. Du reste, dès sa fondation, la Société nouvelle, qui ne compte pas déjà moins de 130 membres, a reçu du monde scientifique les témoignages les plus flatteurs. Le bureau pour l'année courante a été ainsi constitué : Président, M. Azam; vice-présidents, MM. Bayssellance et Daleau; secrétaire général, M. Testut; secrétaires, MM. Lasserre et Nicolaï; trésorier, M. Baillon; archiviste, M. Em. Lalanne; conservateur des collections, M. Tissier; membres du conseil, MM. Espinas, de Mensignac, Faure, Cabanes, Guillaud.

***

ALLEMAGNE. — Les antivivisectionnistes ont adressé à la Chambre des députés une pétition dans laquelle ils demandent au gouvernement la suppression des vivisections. Le gouvernement, prenant cette requête en considération, a répondu qu'il se proposait de demander conseil, à ce sujet, aux diverses Facultés de médecine.

— D'après la nouvelle loi d'empire sur l'industrie, les commis-voyageurs sont tenus de se soumettre à une visite corporelle ayant pour but de constater s'ils ne sont pas atteints de maladies contagieuses. — Quelque prophylactique que soit cette mesure et quelque amoureux de l'hygiène qu'on soit, il est impossible de ne pas reconnaître tout ce qu'elle comporte d'abusif et de tyrannique. Il va sans dire que les voyageurs de commerce protestent énergiquement contre cette sorte de « mise à l'index ».

***

LONDRES. — Dans une réunion importante, présidée par le duc de Westminster, la nécessité d'un hôpital supplémentaire pour les quartiers du nord de la ville a été reconnue. — Séance tenante, des mesures diverses ont été prises et des souscriptions ouvertes

pour la construction de ce nouvel hôpital qui portera le nom de « Grand-Hôpital central du Nord ».

* *

NEW-YORK. — Le journal le « Medical Record » ouvre une souscription dans le but d'élever un monument à la mémoire du chirurgien Marion Sims. — Il fait appel au public médical du monde entier.

* *

Nous apprenons qu'une Société d'hygiène vient de se fonder à Vichy.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 25 AU JEUDI 31 JANVIER 1883.

Fièvre typhoïde 16. — Variole 2. — Rougeole 14. — Scarlatine 3. — Coqueluche 6. — Dipthérie, croup 59. — Dysentérie 1. — Erysipèle 7. — Infections puerpérales 6. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 53. — Phthisie pulmonaire 185. — Autres tuberculoses 13. — Autres affections générales 82 — Malformation et débilité des âges extrêmes 65. — Bronchite aiguë 37. — Pneumonie 77. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 27, — au sein et mixte 18. — Inconnu 2. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 104. — de l'appareil circulatoire 82. — de l'appareil respiratoire 101. — de l'appareil digestif 44 — de l'appareil génito-urinaire 35. — de la peau et du tissu lamineux 7. — des os, articulations et muscles 7. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 33. — Causes non classées 7. — Total de la semaine : 1093 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

LEÇONS SUR LES DÉFORMATIONS VULVAIRES ET ANALES produites par la masturbation, le saphisme, la défloration et la sodomie, par le docteur L. Martineau, médecin de l'hôpital Lourcine, 1 vol. in-18 broché. — Prix 2 fr. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

AGENDA-FORMULAIRE DES MÉDECINS PRATICIENS publié sous la direction de M. le docteur Bossu, avec la collaboration de MM. les docteurs Blache, Devergie, Durand-Fardel, Gibert, Hatin-Verrier, Ricord et Calvo Sichel, etc., 1 vol. in-18 (34e année, 1884). — Prix : broché, 1 fr. 75. — Agenda doré sur tranche, 2 fr. 30. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

DES TEIGNES CHEZ LES ENFANTS, DE LEUR TRAITEMENT PAR L'HUILE DE CROTON, par le docteur Descroizilles, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, 1 brochure in-8. — Prix : 50 c. — Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

NOTICE SUR LES APPLICATIONS MÉDICALES DE L'ÉLECTRICITÉ, par le docteur Larat, médecin de la Société de secours mutuels du IXe arrondissement. — Prix : 2 francs. — A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

LEÇONS DE CLINIQUE MÉDICALE FAITES A L'HÔPITAL DE LA PITIÉ, par le docteur E. Lancereaux, 1 vol. in-8. — Prix : 3 fr. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

DE LA MÉDICATION BROMO-CHLORALÉE DANS L'ÉTAT DE MAL ÉPILEPTIQUE, par A. Amblard, interne des hôpitaux, préparateur de thérapeutique à la Faculté de Montpellier.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart, Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;
Membres : MM. les Drs **J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN**;
Secrétaire : M. le Dr **E. RICKLIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

DERMATOLOGIE

DU MYCOSIS FONGOÏDE ET SPÉCIALEMENT DES MANIFESTATIONS CUTANÉES DE LA LYMPHADÉNIE, par le docteur PAUL FABRE (de Commentry).

Suite et fin. — Voir les numéros 5 et 6.

ETAT DES GANGLIONS LYMPHATIQUES. — Les ganglions lymphatiques ne sont saillants nulle part. Seuls les ganglions inguinaux du côté droit, c'est-à-dire du côté où existe une immense ulcération à la jambe, sont indurés.

Les amygdales ne sont aucunement volumineuses; elles paraîtraient plutôt légèrement atrophiées.

VOIES RESPIRATOIRES. — Je n'ai rien constaté d'anormal dans les fonctions respiratoires. Le rythme des mouvements de la respiration m'a paru cependant légèrement accéléré; j'ai compté parfois jusqu'à 34 et même 38 inspirations à la minute. L'émotion que G... semblait ressentir en se voyant examiné a dû contribuer un peu à produire cette accélération.

CIRCULATION. — Les bruits du cœur sont normaux, bien nets, réguliers, sans intermittences.

Du côté droit du cou, l'on entend un bruit de souffle doux et intermittent, correspondant à la diastole cardiaque.

Le pouls oscille généralement entre 96 et 80 pulsations par minute.

La température axillaire, le 23 octobre à midi et demi, dans un milieu à 25°, n'a pas dépassé 36o,8.

ETAT DU SANG. — J'ai examiné une première fois le 12 octobre la sang de G.., au compte-globules (méthode de MM. Potain et Malassez). Je n'ai compté qu'une moyenne de 3,400,000 globules rouges par millimètre cube de sang. Par contre, le chiffre des globules blancs était de beaucoup augmenté. J'ai trouvé un globule blanc pour 125 à 150 globules rouges, environ trois fois plus qu'à l'état normal.

L'hémo-chromomètre du docteur Malassez n'a décelé que 0 milligramme 086 d'hémoglobine par millimètre cube de sang, chiffre correspondant à une capacité respiratoire de 0 millimètre cube, 180.

ETAT DE LA RATE. — A la percussion, la rate ne m'a pas paru hypertrophiée. La palpation n'y fait pas déconvrir d'induration. La pression de la région n'est pas douloureuse.

ETAT DU FOIE. — Un peu à droite de l'épigastre, le foie, sans présenter d'hypertrophie, semble un peu plus dur qu'à l'état normal.

FONCTIONS DIGESTIVES. — La langue est nette, l'appétit conservé. G... digère bien, n'a ni vomissements ni nausées; il n'y a pas de diarrhée, ni gaz, ni ballonnement du ventre, ni constipation. Pas d'hémorrhoïdes.

URINES. — Le 24 octobre, les urines étaient légèrement acides, claires, sans odeur. L'analyse chimique n'y décèle ni albumine ni sucre.

FONCTIONS GÉNITALES. — Depuis plus de quatre ans, sa femme fait lit à part et me dit n'avoir pas eu de relations avec son mari.

FEUILLETON

Eloge de Paul Broca

lu à la séance annuelle de la Société de chirurgie, par M. le docteur HORTELOUP, secrétaire général.

Suite et fin. — Voir les numéros 5 et 6.

Depuis 1859, M. Broca avait porté toute son activité vers l'anthropologie, cette vaste science, qu'il a définie « *l'étude du groupe humain, considéré dans son ensemble, dans ses détails et dans ses rapports avec le reste de la nature* ».

Grand amateur des sciences naturelles, M. Broca, lors d'un voyage dans le Midi, avait eu l'occasion d'examiner des animaux, issus du croisement d'un lièvre et d'une lapine ayant donné naissance à une nombreuse lignée. Revenu à Paris, rapportant un des produits auquel il donnait le nom de léporide, il le présenta à la Société de biologie; sa présentation, a-t-il écrit, n'eut aucun succès; on conclut que ce fait était en contradiction avec la loi de l'espèce et qu'il y avait eu erreur dans l'application des caractères mixtes du léporide.

L'animal, soumis à l'examen du Muséum, fut déclaré un vrai métis d'espèce, et, deux mois plus tard, M. Broca annonçait à la Société de biologie que cette léporide avait été fécondée par un lapin. Pour toute discussion, un éminent collègue se contenta de faire observer au présentateur que, si la fécondité des léporides se confirmait, il fandrait en conclure que le lièvre et le lapin sont de la même espèce.

Peu satisfait de la manière dont sa communication avait été étouffée, M. Broca reprit complètement l'étude des croisements, et, en 1858, il vint commencer, à la Société de biologie, la lecture de son remarquable travail sur *l'hybridité animale en général et sur l'hybridité humaine en particulier*.

Ce fut un coup de tonnerre dans un ciel calme. Toucher à la doctrine de la permanence des espèces et de l'invariabilité de l'espèce, ébranler ce dogme que la prépondérance de Cuvier avait fait triompher dans sa grande discussion contre Etienne Geoffroy Saint-Hilaire, était une téméraire entreprise, et, à la troisième

FONCTIONS INTELLECTUELLES. — D'une intelligence obtuse, G... répond lentement et en balbutiant d'une manière souvent incompréhensible aux questions que je lui fais. Sa mémoire paraît hésitante. Il est très impressionnable et pleure facilement. Dès qu'on lui parle de ses anciens patrons, les larmes sourdent en abondance de ses yeux.

SYSTÈME MUSCULAIRE. — G... a une démarche lente. Il semble marquer le pas. Il s'avance un peu courbé en avant.

Si je lui donne à serrer ma main, il la serre aussi vigoureusement de sa main droite que de sa main gauche.

L'hémorrhagie cérébrale de 1862 a donc laissé peu de traces chez G..., au point de vue de la paralysie.

SYSTÈME NERVEUX. — Si l'on fait placer ses mains horizontalement dans l'extension, ses doigts ne sont le siège d'aucun tremblement nerveux. Mais quand on regarde sa main droite posée sur son genou et le recouvrant, on constate certains mouvements bizarres: d'une façon à peu près régulière, on voit le pouce et les autres doigts, surtout le médius et puis l'annulaire, s'étendre à demi d'une façon subite. Le tendon du court abducteur du pouce, au niveau de la tabatière anatomique et celui des tendons de l'extenseur commun qui se rend au médius, soulèvent la peau de la région dorsale de la main.

Les deux autres tendons de la tabatière anatomique la soulèvent aussi, mais moins que le tendon du court abducteur.

Ce soulèvement se produit de 25 à 35 fois par minute.

Quelquefois très rapide, ce mouvement d'extension ressemble à une secousse électrique.

Si G... voit que mon regard reste fixé sur sa main, il réussit à suspendre pendant quelques secondes ce mouvement qui recommence bientôt après, mais d'une manière beaucoup moins régulière dès le début.

La main gauche ne présente aucun phénomène analogue.

SENSIBILITÉ GÉNÉRALE. — Elle m'a paru à peu près normale (1), quelque difficulté que j'ai eue à obtenir des réponses précices dans les diverses phases de mon investigation.

La sensibilité à la douleur m'a paru cependant obtuse.

SENSIBILITÉ SPÉCIALE. — Je n'ai rien remarqué de particulier. Il n'existe pas de troubles de la vision ni de l'audition.

EXAMEN MICROSCOPIQUE DES TUMEURS MYCOSIQUES. — Le 1er novembre 1879, avec l'assistance du docteur Meillet, je procédai à l'ablation de la grosse tumeur qui siégeait à gauche de la colonne vertébrale au-dessous de l'angle de l'omoplate. Le malade souffrait beaucoup de la gêne que lui occasionnait cette tumeur, et sa femme se plaignait amèrement de la dépense en chemises et en linges de pansement. Nous nous sommes servis de l'écraseur linéaire de Chassaignac.

G..., assis sur une chaise, a supporté l'opération sans faire le moindre mouvement, sans manifester la moindre douleur, d'après ce qu'il nous a affirmé à plusieurs reprises, bien que la sueur perlât en gouttes abondantes sur son front et qu'il fût devenu très pâle au moment où nous finissions.

L'ablation était terminée en moins d'une demi-heure.

Des gouttelettes, d'une transparence un peu louche, suintaient à la surface de la tumeur pendant l'opération. Quelques-unes de ces gouttes, recueillies sur une lame de verre, ont été examinées au microscope. Nous y avons constaté la présence de nombreuses cellules très réfringentes, arrondies. La plupart sont pourvues de noyaux. Quelques-unes ont le volume des leucocytes; les autres sont plus petites.

On voit aussi, épars sur le champ du microscope, quelques amas de cellules légèrement colorées en rouge.

Aussitôt après avoir été détachée, la tumeur a été mise dans une solution concentrée d'acide picrique; et, deux jours après, je la présentais au laboratoire d'histologie du Collège de France.

Le professeur Ranvier a bien voulu instantanément me faire une préparation et me donner la certitude que la tumeur était bien constituée par du tissu adénoïde.

C'est donc bien un cas de mycosis fongoïde que j'ai pu présenter à l'Académie de médecine.

Dans cette préparation, l'on voit les vaisseaux qui sont entourés d'une double gaîne. Il y a un stroma réticulé comme dans le tissu folliculaire des ganglions et aussi comme dans les espaces caverneux.

Les fibres connectives sont parfaitement conservées. Elles ne servent qu'à séparer le tissu folliculaire dans lequel sont accumulés les globules incolores, que dans certaines parties de la préparation on a fait disparaître à l'aide d'un pinceau.

Dans la constitution histologique du mycosis fongoïde, une des choses les plus remarquables, c'est de voir les éléments du derme, les fibres connectives simplement dissociées, mais nullement détruites. Et M. Ranvier, après l'examen de la tumeur de G..., me recommandait d'insister sur ce fait pour expliquer l'absence de cicatrice après la disparition des tumeurs.

Car dans le mycosis le tissu adénoïde, le stroma réticulé renfermant les leucocytes, semble n'avoir qu'infiltré le derme. Il en a dissocié les éléments; s'est faufilé pour ainsi dire dans un tissu qui lui est étranger, mais dont il peut se retirer sans en altérer la constitution anatomique normale.

(1) L'exploration de la sensibilité a été faite à l'aide d'un compas ordinaire.

---

séance, le président, craignant de voir susciter des embarras à la Société, supplia M. Broca de cesser sa lecture.

Le mémoire sur l'hybridité fut publié dans le JOURNAL DE PHYSIOLOGIE, mais cet événement avait démontré la nécessité de créer à Paris une Société consacrée à l'étude de l'homme et des races humaines. Ce fut là la raison de la fondation de la Société d'anthropologie.

Mais, avant de pouvoir réaliser ce projet, des difficultés sans nombre se dressèrent devant M. Broca, et, pour réussir, il fallut toute son énergie et toute sa volonté.

Il avait déjà existé en France une Société ayant pour programme l'étude des races humaines. A l'époque où fut fondée cette Société ethnologique, elle ne pouvait avoir de programme bien étendu, et son sujet d'étude de prédilection était la distinction à établir entre les races blanches et les races noires; mais la politique sociale s'en mêla, les questions brûlantes de l'esclavage, de l'émancipation des noirs devinrent les seules questions à l'ordre du jour; et, lorsqu'un décret de l'Assemblée nationale en 1848 vint abolir l'esclavage dans nos colonies, la Société ethnologique, n'ayant plus rien à discuter, cessa de se réunir.

Des discussions de cette Société, qui ne furent pas sans mérite, était restée une vague impression que l'ethnologie était une science intermédiaire entre la politique et la philanthropie, et lorsqu'on demanda l'autorisation de fonder la Société d'anthropologie, l'empire qui n'aimait point qu'on parlât politique fut peu disposé à l'accorder; on craignait aussi de voir se former une réunion pouvant servir de tribune aux idées matérialistes. Après de longs pourparlers, et surtout grâce à l'intervention de Tardieu, l'administration rendit un arrêté favorable, mais sous condition qu'on ne parlerait ni politique ni théologie et qu'un agent de police en bourgeois assisterait aux séances.

Une fois autorisée, il ne fut pas beaucoup plus facile de trouver des membres, car on avait fixé à vingt le nombre des fondateurs et, le jour de la première séance, on n'avait pu réunir que dix-neuf noms.

Commencée si modestement, la Société d'anthropologie est aujourd'hui une grande et florissante compagnie. En prenant pour base de ses travaux l'anatomie et la physiologie, en s'appuyant sur la linguistique, l'ethnologie et l'archéologie, elle a pu étendre ses recherches sans crainte de s'égarer. Bientôt l'impulsion donnée

M. Ranvier n'avait pu faire qu'une coupe qu'à la périphérie de la tumeur, la partie centrale n'ayant pas encore suffisamment subi l'action de l'acide picrique.

Dix jours après, le 14 novembre, M. Malassez me montrait les préparations qu'il avait faites, avec M. Chambard, dans le laboratoire des hautes études du Collège de France, sur des parties plus profondes de la tumeur.

Les vaisseaux s'y voyaient suspendus comme dans un hamac, d'une manière tout à fait semblable à ce que l'on voit dans les ganglions lymphatiques normaux. Des fibres connectives y formaient un réticulum au milieu duquel les leucocytes étaient accumulés en nombre très considérable. En certains endroits de la préparation, l'on apercoit de vrais faisceaux de fibres du tissu conjonctif dépendant du derme.

ESSAI D'INOCULATION. — Un lapin a été inoculé, le 25 octobre 1879, avec le suc recueilli sur les tumeurs mycositiques (1). Ce lapin est mort accidentellement le 8 novembre. Le docteur Meillet en a fait l'autopsie. Toute trace locale d'inoculation avait disparu.

Il y avait une plaie du poumon gauche avec épanchement abondant de sang dans la plèvre. Le lapin paraît avoir été blessé par une branche d'osier pointue qui faisait saillie dans le panier où je l'avais séquestré.

ETAT DU MALADE UN MOIS APRÈS. — A la date du 7 décembre 1879, G... s'est présenté à ma consultation. Il se trouve bien mieux portant. L'état général est meilleur. G... est plus fort. Sa parole est plus nette, sa démarche plus assurée. Depuis plus de trois mois, il prend de l'iodure de potassium à la dose de 1 à 2 grammes par jour. Le vin de quinquina, le sirop d'iodure de fer, les tisanes amères ou sudorifiques, gentiane, salsepareille, chiendent, complètent le traitement.

La plaie produite par l'ablation de la grosse tumeur mycosique est aujourd'hui complètement cicatrisée. On a fait des pansements successivement avec du baume du Commandeur, du cérat, de l'onguent populéum.

DEUXIÈME EXAMEN DU SANG. — A cette date du 7 décembre, j'ai trouvé le sang de G... plus riche en globules rouges que le 12 octobre. Il en a aujourd'hui 3,800,000 par millimètre cube, c'est-à-dire 400,000 de plus que deux mois avant.

L'hémochromomètre n'indique qu'une augmentation presque insignifiante dans la quantité d'hémoglobine.

En revanche, le chiffre des globules blancs est relativement diminué ; je n'en trouve plus guère que 1 pour 175 à 200 globules rouges.

(1) Voir plus haut, p. 54.

NOTE ADDITIONNELLE. — L'observation était rédigée, lorsque, le mercredi 10 décembre 1879, à dix heures, la femme de G... vint à ma consultation me dire que son mari, qui la veille avait travaillé toute la journée, toussait beaucoup depuis le matin ; elle l'avait retenu au lit ; je conseillai de lui faire prendre, en attendant ma visite, une infusion de fleurs pectorales édulcorée avec une potion gommeuse, additionnée de 15 grammes de sirop d'éther.

A deux heures et demie, j'arrivais chez lui. Sa femme était dans la première pièce, vaquant aux soins du ménage. Elle m'accueillit en me disant que son mari allait beaucoup mieux depuis qu'il avait commencé de prendre les remèdes. Je la précédais dans la chambre de son mari pendant qu'elle terminait sa phrase et de loin j'apercevais un facies singulièrement pâli. L'œil droit était ouvert et l'œil gauche presque fermé. La commissure des lèvres était un peu tirée vers la gauche. C... ne respirait plus. Il n'avait plus de pouls. Son cœur ne battait plus.

Le corps était encore chaud. Les pupilles étaient également dilatées.

Dix minutes avant, il avait conversé avec une voisine.

Il m'a paru difficile de proposer l'autopsie, quoiqu'elle me semblât devoir être utile à la science. La famille était nombreuse dans un logement de deux pièces exiguës.

L'enterrement n'allait pas tarder à se faire.

Vingt-cinq heures à peine après le décès, G... était enterré.

La mort me paraît devoir être attribuée à une nouvelle hémorrhagie cérébrale, maie cette fois foudroyante.

La température extérieure était ce jour-là de 18° au-dessous de zéro.

Est-ce que la leucocythémie n'a pas pu favorieer cette hémorrhagie, ainsi que MM. Ollivier et Ranvier en ont rapporté des exemples ? Il me semble permis de le supposer.

CLINIQUE MÉDICALE

ENDOCARDITE BLENNORRHAGIQUE, par M. DÉRIGNAC, chef de clinique de la Faculté, et M. MOUSSOUS, interne des hôpitaux.

La blennorrhagie ne se présente point toujours avec une physionomie identique ; tantôt elle constitue une affection légère qui dure peu et disparaît presque sans médication ; d'autres fois, elle dure d'une façon presque désespérante, mais reste cependant localisée à l'urèthre ; dans certains cas, enfin,

par M. Broca se fit ressentir partout ; à Londres, à Madrid, à Moscou se formèrent des Sociétés d'anthropologie ; en Allemagne, des congrès.

L'étude de la conformation des crânes ou craniologie est une heureuse méthode capable de fournir des éléments de comparaison dans le parallèle anatomique des races, mais il lui fallait des procédés exacts, et l'honneur de l'en avoir dotée revient au fondateur de la Société d'anthropologie.

Lorsque Retzius, se basant sur l'examen des quelques crânes dont il pouvait disposer, fit connaître sa célèbre loi des peuples autochtones à crânes brachycéphales et des peuples envahisseurs indo-européens à crânes dolychocéphales, il l'avait établie par le coup d'œil.

Frappé de cette insuffisance d'exactitude et du peu de place que l'observation directe des faits tenait dans les recherches du savant suédois, M. Broca voulut reprendre mathématiquement toute cette question.

Il fit construire une série d'ingénieux instruments permettant des mesures précises, et, pendant des années, M. Broca s'astreignit à mesurer tous les crânes qui forment aujourd'hui la riche collection de la Société d'anthropologie.

Grâce à cette rigueur évidente et palpable des mensurations, il démontra qu'avant de tirer quelques conclusions, il faut étudier de nombreux crânes de même race ; car, dans les races les plus pures, il existe, en effet, des variations très étendues, des différences plus grandes que celles qui existent entre certains dolichocéphales et certains brachycéphales, et il établit que ces chiffres ne pouvaient pas constituer une caractéristique véritable, mais seulement un indice.

C'est par cette précision mathématique donnée par M. Broca à la craniologie qu'est devenue féconde cette méthode restée presque complètement stérile entre les mains de ses prédécesseurs.

Grâce à elle, a écrit un savant ethnologiste, on a pu détruire une foule de notions erronées, de systèmes prématurés, mais il ne faut pas demander à la craniologie plus qu'elle ne peut donner ; « elle ne peut, a dit M. Broca lui-même, voler de ses propres ailes « et substituer ses diagnostics aux notions fournies par l'ethnologie et par l'archéologie. »

De la conformation de la tête peut-on tirer quelque donnée re-

elle s'accompagne de manifestations éloignées, devient une véritable maladie générale qui retentit sur la peau, les articulations, l'œil, l'endocarde. Le cas que nous publions ici se rapporte à ce dernier ordre de faits.

Il s'agit d'un jeune ouvrier maçon, atteint pour la première fois de blennorrhagie à l'âge de 25 ans.

La maladie tout d'abord se montre avec ses symptômes habituels, mais ceux-ci s'accompagnent bientôt de fièvre et d'un malaise tel que le malade, se sentant trop fatigué pour continuer ses occupations, garde la chambre.

C'est dans ces conditions que, trois semaines environ après le début de l'écoulement uréthral, sans cause appréciable, en dehors de toute espèce de refroidissement surviennent de violentes douleurs au niveau de l'épaule gauche. Puis les douleurs s'atténuent de ce côté pour s'établir et se fixer quelques jours plus tard au niveau de l'épaule droite. Les mouvements du bras deviennent difficiles, puis presque impossibles.

La violence des douleurs prive le malade de sommeil. Cet état de souffrance se prolonge plus d'une semaine et le force à entrer à l'hôpital.

Il est placé au numéro 5 de la salle Saint-Charles. C'est là que nous l'examinons pour la première fois le 19 novembre.

Nous reconnaissons une arthrite de l'articulation scapulo-humérale droite caractérisée par un peu de gonflement, de la douleur, l'impotence du membre dont les mouvements provoqués sont fort pénibles pour le patient. Nous reconnaissons en outre un écoulement blennorrhagique encore appréciable.

Cette double constatation nous amène à rechercher si véritablement, et comme les apparences semblent l'indiquer, nous avons bien affaire à une arthrite blennorrhagique.

Rien, nous l'avons vu dans l'histoire de notre malade, ne permet de songer à un traumatisme. Mais cette arthrite n'est-elle pas le réveil, sous l'influence de la chaudepisse, de douleurs rhumatismales articulaires antérieures?

Pour nous éclairer sur ce point, nous examinons attentivement les autres jointures; elles paraissent saines, et le malade dit n'en avoir jamais souffert. Nous examinons également le cœur pour voir s'il n'a pas déjà été touché par le rhumatisme. Nous trouvons ses bruits normaux, leur rythme parfaitement régulier.

Ajoutons enfin que notre malade n'a pas eu la chorée, qu'il n'a jamais été atteint ni de scarlatine ni de fièvre typhoïde, qu'il ne paraît ni syphilitique ni alcoolique, et même, qu'il n'existe pas de rhumatisants dans sa famille.

Pendant les quinze jours qui suivent son entrée dans les salles, le malade reste dans l'état où il se trouvait à son arrivée. L'amélioration est peu sensible du côté de l'épaule. Il y a tous les soirs un peu de fièvre, mais le thermomètre ne dépasse pas 38°,5. L'écoulement, quoique bien moindre, subsiste. L'administration de salicylate de soude n'a amené aucun soulagement.

L'examen du cœur, plusieurs fois renouvelé, reste négatif, comme antérieurement.

C'est dans ces conditions que, le 5 décembre, la fièvre subit un accroissement brusque. Il y a un peu d'agitation, la peau est chaude; le thermomètre marque 39°,2. Les caractères du pouls, les soulèvements rythmiques de la région précordiale, appréciables à la vue et au doigt, dénotent de l'éréthisme cardiaque. Nous auscultons le cœur; nous constatons pour la première fois un souffle des plus nets. Il a son maximum du côté de la pointe, se propage vers l'aisselle, occupe le premier temps. Il n'est en rien modifié ni par la respiration ni par les changements de position.

Depuis ce jour, ce souffle est constamment perçu. Deux mois se sont écoulés. Il offre toujours les mêmes caractères et a même une intensité plus grande. On trouve également aujourd'hui un peu d'hypertrophie du ventricule gauche. La pointe bat dans le 7e espace, à quatre travers de doigt au-dessous du mamelon.

La fièvre, qui avait accompagné l'apparition du souffle, est devenue moindre au bout de deux à trois jours, pour disparaître enfin.

Quant à l'arthrite, elle subsiste avec cette ténacité et parfois ces recrudescences qui sont le propre de certaines arthrites blennorrhagiques.

Les mouvements du bras sont toujours limités; il est survenu un peu d'atrophie des muscles de la région deltoïdienne et brachiale.

Devant ces faits, nous croyons donc pouvoir dire que nous avons eu affaire à une endocardite blennorrhagique. C'est en effet à une endocardite seule que peut être attribué ce souffle cardiaque qui n'existait pas auparavant, qui persiste depuis, dont la brusque apparition a coïncidé avec une augmentation de la fièvre, une exagération dans la fréquence et dans l'éner-

---

lative à la valeur intellectuelle? peut-on, d'après le crâne, deviner le cerveau?

Oui, dit M. Broca; et, s'appuyant sur l'ossification des sutures d'arrière en avant chez les races supérieures, dites races frontales, sur ses mensurations faites comparativement sur des internes et sur des infirmiers, il concluait que les lobes antérieurs des hémisphères sont le siège des facultés les plus élevées de l'intelligence.

De là aux localisations cérébrales, il n'y avait qu'un pas, et M. Broca, malgré le discrédit que les exagérations prématurées de Gall avaient jeté sur cette heureuse idée, n'hésita pas à le franchir. Dans un beau discours sur la forme du cerveau, prononcé au mois de mars 1861, en réponse à Gratiolet, il affirma qu'il croyait au principe des localisations.

« Je ne puis admettre, disait-il, que la complication des hémisphères cérébraux soit un simple jeu de la nature, que la scissure de Sylvius ait été faite uniquement pour donner passage à une artère, que la fixité du sillon de Rolando soit un pur effet du hasard et que les lobes occipitaux aient été séparés des lobes temporaux et pariétaux à seule fin d'embarrasser les anatomistes.

« Les circonvolutions ont une structure analogue, elles ont des fonctions analogues; mais leur structure n'est pas identique, leurs fonctions ne sont pas identiques. Il y a donc, ajoutait-il, de grandes régions distinctes correspondant aux grandes régions de l'esprit. »

Quelques mois plus tard, cette intuition devenait une réalité; M. Broca démontrait à la Société anatomique qu'à l'autopsie des aphémiques on trouvait, dix-neuf fois sur vingt, une lésion de la moitié postérieure de la troisième circonvolution frontale.

Cette découverte suffirait à elle seule pour rendre immortel le nom de Broca; elle a été le point de départ de tous les travaux qui, en éclairant la psychologie cérébrale, ont permis aux chirurgiens d'agir avec certitude.

En appelant la troisième circonvolution frontale, circonvolution de Broca, les savants anglais, par un acte de justice, ont devancé la décision de la postérité.

Dans tous ses travaux, M. Broca n'a jamais voulu mettre ses recherches au service d'une théorie préconçue: « Que les savants,

gie des contractions cardiaques, phénomènes que l'on constate d'habitude lorsque l'endocardite vient compliquer un autre état pathologique.

Nous donnons à cette endocardite le qualificatif de « blennorrhagique », parce qu'elle s'est manifestée chez un individu atteint de bennorrhagie et d'une blennorrhagie sévère; qu'elle est venue à la suite d'une mono-arthrite dont la nature s'est nettement affirmée, enfin parce que toute autre cause étiologique habituelle d'une inflammation de l'endocarde fait complètement défaut.

Si nous avons cru devoir publier ce fait, c'est à cause des déductions bien nettes qu'il nous semble possible d'en tirer. Il vient du reste à la suite et à l'appui des autres cas d'endocardite bleunorhagique que l'un de nous a déjà réunis dans un travail lu à la Société clinique (1).

La blennorrhagie est une affection spécifique. On est aujourd'hui d'accord sur ce point. Suivant le mot de Diday : « La femme ne peut donner que ce qu'elle a ». On sait même que Kuhne, et plus récemment Weiss, sous la direction de Spillman, ont l'un et l'autre signalé dans le pus blennorrhagique des micrococcus parfaitement reconnaissables à leurs caractères objectifs.

Or, comme toute affection spécifique, la blennorrhagie : 1° ne se développe que par apport du germe sur un terrain préparé, et c'est là ce que ne disait pas la recette de Ricord, pour contracter la chaudepisse; 2° présente des allures bien différentes suivant la nature même de ce terrain. Que les conditions générales de l'individu atteint soient mauvaises et l'infection dont l'écoulement uréthral est le plus ordinairement la seule manifestation *se généralise*. On n'a plus affaire à une affection purement locale.

Le développement des accidents articulaires, cutanés, oculaires, cardiaques, ne peut s'expliquer et se comprendre que si l'on considère la blennorrhagie comme une maladie générale.

(1) Voir Bulletin de la Société clinique, 1882, France médicale de la même année, où l'on trouvera étudiés l'historique, la fréquence, les symptômes et la marche de cette manifestation.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Myosite suppurée suraiguë, par P. Dalché, interne des hôpitaux.

Le nommé Bo... (Charles), garçon marchand de vins, âgé de dix-sept ans, entre le 30 octobre 1883, salle Aran, n° 24, dans le service de M. Gouraud, à l'hôpital Saint-Antoine.

Rien de notable dans ses antécédents. Cultivateur en Savoie. Arrivé à Paris depuis deux mois, il est assez fatigué par sa nouvelle profession.

Le 20 octobre dernier, il se fait au poignet gauche, un peu au-dessus de la tabatière anatomique, une écorchure dont il ne se préoccupe pas et continue son travail.

Le 28 octobre au matin, il ressent une légère douleur dans l'aisselle gauche ; le soir, violent mal de tête, pas de frissons ; il est obligé de se coucher.

Le 29, son état s'aggrave, et il entre à l'hôpital le 30 octobre.

On constate alors au niveau du poignet gauche une écorchure recouverte d'une croûte. Rien à l'avant-bras ni au bras; rien du côté des ganglions épitrochléens. Le malade accuse une vive douleur dans l'aisselle gauche ; les ganglions ne sont pas pris, mais on voit une plaque rouge grande comme la moitié de la paume de la main et tout autour un peu de tuméfaction. Les mouvements du bras, surtout l'abduction, sont presque impossibles.

Mauvais état général. Réponses peu nettes. Prostration, céphalalgie, langue très sale; un peu de diarrhée. *T. S.* 39o6.

Cataplasmes sur la partie malade.

31 octobre. — Le malade a passé une mauvaise nuit ; l'empâtement s'est étendu sur le thorax, mais la plaque rouge a beaucoup pâli. *T. M.* 39o. — *T. S.* 39o6.

1er novembre. — La région pectorale est empâtée dans sa totalité et la plaque rouge a tout à fait disparu; le creux axillaire est libre, on n'y sent toujours pas de ganglions, mais au niveau du grand pectoral existe une douleur intense, exagérée par la pression. Le bord du muscle est augmenté de volume, très épais, dur, comme ligneux.

L'état général est des plus graves. Le malade est très abattu, couvert de sueurs ; il a des fuliginosités noires et épaisses sur les lèvres, la langue et les gencives. *T. M.* 40o. — *T. S.* 40o,4.

Sulfate de quinine, 1 gr. — Todd et extr. de quinquina. — Eau vineuse.

2 novembre. — Le malade a déliré presque toute la nuit. La région pectorale, sans coloration anormale de la peau, présente de l'œdème, mais pas de fluctuation. Le bord du muscle est toujours très dur. Même état général. *T. M.* 39o4. — *T. S.* 40o

« a-t-il écrit, s'intéressent aux affaires, qu'ils se passionnent plus « ou moins suivant leur tempérament pour les problèmes philoso- « phiques ou religieux, sociaux ou humanitaires ; rien de mieux. « Mais lorsque, rentrant dans leur laboratoire ou dans le cabinet « d'étude, ils s'appliquent aux recherches scientifiques, ils doivent « comprimer leurs sentiments et leurs aspirations et fermer l'oreille « aux bruits du dehors pour n'entendre que la voix inflexible de « la vérité : car la science ne doit relever que d'elle-même et ne « saurait se plier aux exigences des partis ; elle est la déesse au- « guste qui trône au-dessus de l'humanité, pour la diriger et non « pour la suivre, et c'est d'elle seulement qu'on peut dire qu'elle « est faite pour commander et non pour obéir. »

Jamais M. Broca n'a compris qu'on torturât un fait scientifique pour le faire concorder avec une légende, même biblique; mais jamais il n'a accepté que, pour soutenir une théorie séduisante, on lui donnât une conséquence exagérée.

Dans sa belle *Etude du transformisme*, tout en montrant sa tendance à l'admettre dans le sens élevé où Buffon l'avait soupçonné, il se déclarait l'adversaire de la sélection naturelle sur laquelle repose la théorie de Darwin. La sélection est en contradiction avec les faits, puisque son principe fondamental est d'être lentement progressive ; « or, il faut bien reconnaître, disait M. Broca, que, dans certaines espèces, le type orang par exemple, il y a eu là une transfiguration complètement effectuée en une seule fois, un véritable acte surnaturel, équivalant à un acte de création. »

Il protestait contre ce transformisme unitaire, si apprécié en Allemagne, contre ce proto-organisme nommé « monade » par les uns, « protiste » par les autres, constitué par une seule cellule d'où seraient nées toutes les formes connues des deux règnes organiques.

La théorie de la formation naturelle de cette cellule unique avec sa propriété d'évolution progressive est peut-être une hypothèse séduisante, mais elle ne soutient pas plus la discussion que l'opinion humoristique du philosophe anglais qui assure qu'à l'origine des choses, Darwin dit au Père éternel : « Si c'était un effet de votre bonté de me créer une petite cellule ? — Pourquoi faire, pour t'y loger ? demanda l'Eternel. — Moi et les autres », répondit Darwin. La cellule créée, Darwin n'était pas satisfait : « Ah ! si vous vouliez accorder à ma cellule la faculté d'évoluer ? — Soit », dit le

3 novembre. — Agitation, délire. Fuliginosités. Pas de fluctuation. *T. M.* 39°,4. — *T. S.* 39°,4.

4 novembre. — *T. M.* 38° — *T. S.* 39°,8.

5 novembre. — Un peu de mieux. La langue s'est dépouillée. Il y a moins d'œdème au niveau de la région pectorale; moins de douleur aussi. Le bord du muscle est toujours très épais. Aux bases des deux poumons, râles fins de congestion pulmonaire. *T. M.* 37°,8. — *T. S.* 40°.

6 novembre. — Moins d'agitation; le malade a dormi; les râles de congestion ont disparu à gauche, et à droite ils ont fait place à un souffle fort qui s'entend jusqu'au milieu de l'omoplate. A la partie inférieure du grand pectoral, près du sternum, apparaît un point rouge, douloureux à la pression. *T. M.* 38°. — *T. S.* 39°.4.

7 novembre. — Souffle intense à la base du poumon droit; bronchophonie. Rien dans les crachats.

Le point douloureux a pris une teinte ecchymotique; on perçoit nettement la fluctuation et on incise en laissant un tube à drainage. Il sort une grande quantité de pus couleur chocolat. *T. M.* 37°,4. — *T. S.* 39°,2.

8 novembre. — La fièvre tombe. *T. M.* 38°. *T. S.* 37°,2.

A partir du jour de l'incision, le mieux est allé en s'accentuant. Le malade a mis assez longtemps à se rétablir, et le 19 novembre on entendait encore du souffle à la base du poumon droit.

Le 25 novembre, l'incision était absolument cicatrisée et le souffle avait disparu.

Le 8 décembre, le malade sort; le bord du grand pectoral a retrouvé en grande partie sa souplesse, mais la région pectorale paraît affaissée; on sent mieux les côtes à gauche qu'à droite, le muscle ayant beaucoup perdu par le fait de sa suppuration.

Cet homme jeune, surmené, a donc eu une myosite suppurée s'accompagnant de phénomènes graves: douleur violente, fièvre intense (40° et plus), diarrhée, fuliginosités, complications pulmonaires, agitation et délire succédant à une grande prostration, cortège de symptômes qui a fait comparer certaines formes de myosite « aux formes malignes de la périostite et de l'ostéomyélite ». Aussi notre observation pourrait-elle être rapprochée de ces cas décrits sous le nom de *myosites infectieuses*. Cependant l'analogie n'est pas tout à fait complète; ces cas sont encore plus graves et suivis de mort. Dans le *Dictionnaire encyclopédique*, M. le professeur Hayem, s'appuyant sur des faits, dit que la mort est inévitable. M. Guyot a communiqué à la Société médicale des hôpitaux l'histoire d'un malade qui a succombé en cinq jours. M. Nicaise a publié dans la *Revue mensuelle* de 1877 trois observations avec autopsie; la dernière nous montre une myosite infectieuse consécutive à une plaie avec lymphangite et adénite. L'écorchure que notre sujet présentait au poignet du côté malade n'a été suivie ni de lymphangite du bras ni d'adénite; on ne peut dire que la myosite lui soit consécutive, mais cette coïncidence est peut-être digne de remarque.

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

TRAVAUX ÉTRANGERS

I. Sur la dysménorrhée, par M. Vedeler (1). — II. Ovulation et menstruation, par M. Léopold (2). — III. Observation relative à l'action des centres nerveux sur les contractions de l'utérus, par M. Kurz (3). — IV. Ovariotomie sans chloroforme; guérison, par M. Ortega (4).

I. Vedeler considère les accidents dysménorrhéiques comme étant le plus souvent d'ordre purement nerveux. Il combat la théorie de la dysménorrhée mécanique. A l'appui de cette opinion, l'auteur cite un grand nombre d'observations, dont quelques-unes, très intéressantes, méritent d'être lues *in extenso*.

II. Léopold commence par rappeler, dans ce mémoire, combien est encore obscure l'interprétation des phénomènes menstruels. Les recherches relatives à ce sujet sont entourées de nombreuses difficultés, et nous n'avons que rarement l'occasion de nous procurer des pièces anatomiques accompagnées de documents précis. Ces pièces doivent être surtout recueillies chez des femmes mortes subitement, ou sur lesquelles on a pratiqué la castration ou l'ablation de l'utérus.

L'auteur s'applique principalement à rechercher les rapports

(1) *Ueber Dysmenorrhoe*, von docteur Vedeler (*in* Christiania). Archiv. für Gynaekologie, 1883. Bd 21, p. 211.

(2) *Untersuchungen über Menstruation* und *Ovulation*, von prof. Leopold. Arch. f. Gyn., 1883, Bd 21, p. 347.

(3) *Zur Lehre von den Nervencentren für die Uteruskontraktionen*, von docteur Edgar Kurz. (Centralblatt für Gynaekologie, 1883, n° 43, p. 681.)

(4) *Ovariotomia senza cloroformio, guarigione*; del docteur Antonino Urso Ortega, dell'Academia di scienze mediche di Palermo. — Palermo, 1883.

Seigneur; et il fit ce qu'on lui demandait. « Maintenant, fit Darwin, vous pouvez vous retirer. En vérité, je n'ai plus besoin de vous. »

Lorsqu'on lit tout ce que M. Broca a écrit sur l'anthropologie, on reste confondu; rien ne lui était inconnu. Son *Mémoire sur les primates* est digne de figurer à côté des ouvrages des plus grands naturalistes; sa conférence sur les *Troglodytes de la Vézère*, vrai conte des *Mille et une Nuits*, qui vous fait revivre avec l'homme quaternaire, est un petit traité d'archéologie et de paléontologie; son mémoire sur les *Amulettes crâniennes* montre tout le jour que la médecine peut jeter sur l'anthropologie; ses discours sur la *Linguistique*, sur l'*Ethnologie de la France*, sont des chefs-d'œuvre d'érudition historique et géographique.

Si, comme le veut certaine école, on doit refuser le nom de science à l'anthropologie, obligée d'emprunter, pour chaque sujet, à une science correspondante, on peut affirmer qu'à certains hommes d'élite, capables de les embrasser toutes, on devra décerner le titre d'anthropologiste, et au premier rang se trouvera M. Broca.

En même temps que tous ces grands travaux avaient donné à M. Broca une réputation européenne, la part active qu'il prit à la fondation de l'Association française pour l'avancement des sciences avait montré à ses concitoyens comment son patriotisme éclairé comprenait le relèvement de notre pays. Aussi lorsque la gauche du Sénat, dans l'impossibilité de s'entendre sur le choix d'hommes politiques pour remplir les places de sénateur inamovible, se décida à nommer des notabilités scientifiques ou littéraires, le nom de M. Broca s'imposait.

Cette nomination, messieurs, pourrait presque être regardée comme une tardive récompense de sa belle conduite pendant la Commune, où, non sans courir de sérieux dangers, M. Broca, alors vice-président du conseil général des hôpitaux, sauva du pillage la caisse de l'Assistance publique; mais notre collègue n'en était pas à son premier acte de dévouement civique. En 1848, pendant les journées de juin, les cadavres qu'on ne pouvait enterrer, s'accumulaient à l'Hôtel-Dieu; la chaleur excessive, les conditions dans lesquelles avait eu lieu la mort, augmentaient les chances de décomposition, et faisaient redouter de graves accidents d'infection. Un embaumeur, sollicité de venir conjurer le danger, avait demandé une si forte somme que l'on hésitait; M. Broca, aidé par

qui existent entre la maturation et la déchirure éventuelle d'un follicule, la formation d'un corps jaune, et l'hémorrhagie utérine se reproduisant toutes les quatre semaines.

Le peu de connaissances que nous avons à ce sujet est cause que tous les auteurs basent leurs idées sur des hypothèses, bien plus que sur des faits anatomiques. On avait admis, jusqu'à présent, qu'au moment de la menstruation un follicule mûr se déchire, et que, s'il y a fécondation, c'est l'œuf de cette dernière époque menstruelle qui est fécondé.

Mais nous savons aujourd'hui, grâce à quelques observations anatomiques et cliniques, que le follicule peut expulser son contenu avant l'hémorrhagie cataméniale, de sorte que l'ovule fécondé serait celui de la menstruation prochaine, et non celui de la précédente. On doit donc se demander si, généralement, à chaque menstruation, il y a rupture d'un follicule de de Graaf, ou si cette rupture a lieu avant, pendant, après les règles, ou même dans l'espace intermenstruel.

Pour élucider cette question, Léopold nous donne le résultat de 26 examens qu'il a pratiqués sur des pièces provenant de femmes mortes subitement, ou de maladies aiguës, ou bien obtenues par la castration sur des sujets vivants, à une époque variant de 1 à 35 jours depuis le début des dernières règles. Ces observations nous montrent qu'un follicule peut se rompre et se déchirer à n'importe quelle époque de l'espace intermenstruel, quoique cette déchirure ait plus souvent lieu au moment de la congestion périodique : les deux phénomènes, hémorrhagie et rupture folliculaire, étant dus à cette même cause. Elles nous apprennent encore que l'évolution du corps jaune, consécutif à l'expulsion de l'ovule, présente des différences, selon qu'il correspond ou non au cycle menstruel (Léopold désigne ces différences sous le nom de corps jaune *typique* ou *atypique*). Enfin, comme conclusion dernière, l'auteur admet qu'il y a souvent *ovulation sans menstruation*, c'est-à-dire expulsion d'un ovule sans hémorrhagie utérine; et, inversement, hémorrhagie utérine sans déchirure folliculaire, ou *menstruation sans ovulation* (1).

III. Kurz a observé, chez une malade atteinte de métrite chronique et de périmétrite, des faits qui viennent à l'appui des résultats obtenus par Dembo, dans ses expériences sur les animaux (1). Cette femme éprouvait des douleurs utérines violentes, chaque fois qu'une injection était dirigée contre la paroi vaginale antérieure. La pression avec le doigt, sur la même région, ramenait les coliques. Rien de semblable ne se produisait, lorsqu'on agissait sur d'autres points des parois vaginales. L'expérience fut renouvelée à plusieurs reprises, toujours avec des résultats identiques.

D'après Dembo, il existerait, dans la paroi vaginale antérieure, des centres nerveux ganglionnaires, provoquant les contractions utérines. Il serait possible que pour la malade de Kurz, l'irritabilité de ces ganglions ait été augmentée consécutivement aux accidents inflammatoires du petit bassin.

Chez des femmes à l'état de vacuité, présentant des affections insignifiantes des organes génitaux, Kurz a recherché la sensibilité de la paroi vaginale antérieure. Au moyen de la pression, les résultats ont été négatifs ; douteux, lorsqu'on a employé les courants faradiques. Il n'a pas expérimenté sur des femmes enceintes. Mais il attire sur ce point l'attention des observateurs, et se demande si, sous l'influence de la grossesse ou de certains états pathologiques, il ne serait pas possible d'amener des contractions utérines, en excitant les ganglions nerveux situés dans la paroi vaginale antérieure. C'est, peut-être, à la sensibilité exagérée de ces ganglions, qu'on doit attribuer les douleurs causées à certaines malades par la présence d'un pessaire ou d'un tampon. On pourrait rechercher, également, s'ils ne jouent pas un certain rôle dans l'action produite par le tamponnement sur les contractions utérines. Cette action serait beaucoup plus considérable, d'après l'auteur, que les excitations portées directement sur le col, même que les tentatives de dilatation de la cavité cervicale.

IV. Ortega publie l'observation d'une malade atteinte d'un kyste de l'ovaire, et qui, réfractaire à l'action du chloroforme, fut opérée sans l'aide de l'agent anesthésique. On se contenta

(1) Les faits observés par Léopold viennent confirmer l'opinion que nous défendons depuis plusieurs années, en nous basant sur les quelques observations que nous avons publiées nous-même.
Voy. à ce sujet : *Indépendance relative entre l'ovulation et la menstruation* (COMPTES RENDUS DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE et ARCHIV. DE PHYSIOLOGIE, 1876). — *Ovulation malgré l'absence de la menstruation* (COMPTES RENDUS DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE et ANNALES DE GYNÉCOLOGIE, 1877). — *Traité de gynécologie*, deuxième édition, 1884.

(1) Les expériences de Dembo ont été communiquées à l'Académie des sciences et à la Société de biologie en 1882.

des hommes de l'amphithéâtre, accomplit la pénible besogne. Des circonstances indépendantes du désir de M. Thierry, alors un des directeurs, empêchèrent M. Broca d'être décoré ; en 1871, pour tout remerciement, on le nomma chevalier de la Légion d'honneur; il l'était déjà depuis trois ans.

M. Broca ne monta qu'une seule fois à la tribune du Sénat pour y lire un terne rapport sur les lycées de filles ; il était cependant appelé à prendre une grande place dans cette assemblée, mais je crois que son caractère se serait toujours difficilement plié à la discipline indispensable aux majorités républicaines, et, malgré les explications qu'il donna, je me plais à croire que ce ne fut pas sans regret que, pour soutenir une loi peu libérale, il vota contre le grand corps savant dont il était vice-président.

Les nouvelles occupations que lui imposait son titre de sénateur n'avaient pu, malgré les supplications de sa famille, de ses amis, l'amener à modifier sa vie effrayante de travail. Le matin, l'hôpital et sa clinique ; dans l'après-midi, les examens de la Faculté, deux leçons d'anthropologie par semaine, ses recherches dans son laboratoire, les conseils, les commissions obligatoires ; le soir, le travail de cabinet, sa volumineuse correspondance : il ne voulait rien négliger ; la seule concession qu'il voulut faire fut de ne pas se laisser entraîner par son travail au delà de minuit.

Le 8 juillet 1880, M. Broca, arrivé au Sénat en se plaignant d'une vive douleur dans l'épaule, fut obligé de quitter la séance ; rentré chez lui, il s'étendit sur un lit de repos, demandant qu'on le laissât dormir ; il ne devait pas se réveiller.

Un ancien affirmait que les éloges devraient être différés jusqu'au moment où l'on aurait perdu la mémoire des morts. Alors on pourrait en faire des géants sans que personne ne s'y opposât.

Quoique parlant devant des contemporains, je ne redoute pas semblable reproche, et ma seule crainte est d'avoir été plutôt au-dessous de la vérité.

M. Broca restera une des plus grandes personnalités qui aient traversé la science chirurgicale française.

Arrivant à une période où des méthodes, des procédés nouveaux séduisants par leur exactitude et par leur précision, prétendaient, en l'arrachant à l'empirisme et à la tradition, régénérer la chirurgie et la conduire dans la voie assurée du progrès, M. Broca

de quelques pulvérisations d'éther sur le trajet de l'incision cutanée. L'opération fut pratiquée sans difficultés spéciales, et la malade guérit.

Dr DE SINÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

HISTOIRE DE LA MÉDECINE D'HIPPOCRATE A BROUSSAIS ET SES SUCCESSEURS, par M. GUARDIA, 1 vol. in-18 de XVI-552 pages. — Paris, O. Doin, 1884.

Quelle modestie n'a-t-il pas fallu à M. Guardia pour donner les allures et la forme d'un simple manuel à cette *Histoire de la médecine* dont l'influence ne saurait manquer d'être considérable. Condenser en cinq à six cents pages le résultat et comme la quintessence de trente ans d'études historiques, c'est presque un tour de force. Mais ceux qui connaissent les aptitudes de l'auteur éprouveront-ils la moindre surprise? Ceux-là savent bien d'avance qu'ils vont trouver autre chose que de l'érudition comprimée sous un petit volume; ils savent que le style, l'ordre, la clarté, la justesse, et en même temps la profondeur des aperçus, seront étalés à toutes les pages du livre. Et tout cela sans préjudice de la verve, de la chaleur, de la passion qui anime chaque phrase de sa flamme, passion souvent communicative et toujours généreuse. On a beau trouver qu'en certains passages le juge se montre un peu sévère; on lui pardonne en raison de la sincérité de son accent. Bien mieux, on lui sait gré de ses efforts continus pour tenir en équilibre la balance de la justice. Mais en vain le critique aspire-t-il à garder sa sérénité d'historien. Chez M. Guardia, reparaît par instants le frondeur des Baléares qui, s'il aperçoit des idoles à tort vénérées, ne peut se retenir de leur jeter la pierre.

D'autres pourront blâmer la composition générale de l'œuvre; ils reprocheront peut-être au livre de M. Guardia de contenir deux ouvrages distincts rattachés artificiellement en un seul volume. En exposant d'abord l'histoire de la tradition médicale et de ses principaux représentants depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, et en recommençant ensuite, dans une seconde partie, de parcourir la même période plus de vingt fois séculaire pour nous exposer l'évolution de la théorie médicale à côté des institutions et des mœurs, M. Guardia ne pouvait que risquer de se répéter. Eh bien, il a su échapper à cet écueil; et si, au point de vue de l'unité esthétique de l'œuvre, on peut ne pas approuver cette seconde excursion à travers les mêmes siècles, on est forcé de convenir que, s'adressant plus spécialement aux élèves qu'aux érudits de profession, ce livre ainsi fait leur rendra bien plus de services.

An surplus, les inconvénients d'une semblable scission sont plus apparents que réels. De même que la théorie et la pratique de la médecine sont bien différentes, de même les faits et gestes des médecins, leur caractère personnel, leur genre de vie, leurs écrits, les modes d'enseignement de la médecine, les institutions, etc., sont autant de choses qui n'ont souvent rien de commun avec l'exposition des découvertes scientifiques, des systèmes, des conceptions générales qui ont successivement aspiré à dogmatiser la médecine. La division adoptée par M. Guardia est donc fort rationnelle. On commence par voir défiler sous ses yeux les grandes figures de la médecine dont la succession donne une idée nette « des vicissitudes et des progrès de l'art, par une série chronologique d'esquisses plutôt biographiques que doctrinales, en descendant tout simplement le courant des siècles, de manière à montrer sans artifice comment s'est faite la tradition ».

Cependant les variations de la théorie ne sont pas à dédaigner, en tant qu'elles représentent la physionomie de l'art à des époques déterminées; « mais sous ces variations de surface, ajoute M. Guardia, l'art poursuit le cours de son développement comme un fleuve qui descend vers la mer à travers des paysages variés. L'évolution s'opère lentement, en dépit des révolutions et des crises, et l'observation peut en suivre curieusement les progrès. »

C'est ce que l'auteur a essayé de faire dans la seconde partie, d'un caractère plus général, mais étroitement liée à la première. « Après avoir montré les hommes de pensée et d'action à l'œuvre, marchant dans le chemin de l'histoire, il devenait plus facile de suivre le mouvement des idées, en passant de la tradition vivante à l'évolution silencieuse et lente. »

C'est dans ce double cadre que viennent se grouper avec une docilité admirable tous ces hommes et toutes ces découvertes qui ont fait la médecine actuelle. Il y a un enchaînement si naturel dans la succession de ces pages, qu'on les lit avec une facilité étonnante. Et quand on a commencé une

s'en fit le plus ardent promoteur. La prétention était-elle motivée? fut-elle réalisée? L'histoire prononcera. Mais les ouvrages de M. Broca resteront comme l'expression la plus élevée de cette école, qui s'appuie sur l'érudition, la critique et l'analyse des observations.

Si la Société de biologie eût accueilli le mémoire de l'hybridité, la Société d'anthropologie ne serait pas née, et M. Broca n'eût jamais été entraîné vers l'anthropologie, où des travaux considérables firent oublier le chirurgien pour ne plus voir que l'anthropologiste.

C'est un déni de justice et pour M. Broca et pour vous, messieurs.

Pendant quinze ans, M. Broca a pris part à toutes vos grandes discussions; pas une question n'a été soulevée sans qu'il ne l'éclairât d'un aperçu nouveau; dans toutes, il a laissé la marque ineffaçable de son savoir, et le jour où, armé du trépan, il put rendre le langage à un aphémique, il a donné la preuve de son talent chirurgical.

Si, par la mort de M. Broca, la France perdait une de ses illustrations, rappelons, avec un légitime orgueil, qu'elle nous appartient, et que la science chirurgicale perdait une de ses gloires.

— Un concours pour la nomination à une place de médecin-adjoint à l'hôpital civil de Mustapha d'Alger s'ouvrira le lundi 7 juillet 1884, à une heure, à l'Ecole de médecine de cette ville (emploi nouveau).

— L'Académie royale de médecine de Turin a ouvert un concours (prix de la fondation Tosi) sur ce sujet : *De l'accroissement des os au point de vue physiologique et pathologique*. — Les mémoires, tant imprimés que manuscrits, ne devront pas être antérieurs au mois de juillet 1882 et devront être présentés avant la fin de l'année 1884.

***

COURS SUR LES EAUX MINÉRALES. — Le docteur Durand-Fardel commencera ce cours à l'Ecole pratique, rue de l'Ecole-de-Médecine, amphithéâtre n° 3, le lundi 18 février, à cinq heures, et le continuera les lundi et vendredi de chaque semaine, à la même heure. Ce cours sera fait en 12 leçons.

pareille lecture, on ne peut plus s'en détacher, l'avidité se développe ; rien d'ailleurs ne vous arrête : ni morcellement en chapitres, ni citations techniques. Pas le moindre apparat d'érudition ; la marche n'est jamais gênée par ces broussailles, ces ronces, ces épines qui hérissent les livres historiques de la plupart de nos contemporains. Mais on arrive bien vite à se rendre compte que, s'il n'en fait pas étalage, l'historien n'en est pas moins compétent. Seulement il fait bon marché de son érudition. Pour lui, d'ailleurs, l'érudition n'est qu'un instrument au service de la raison, et le vrai savoir se fait sentir sans se montrer avec ostentation. « L'architecte, son œuvre achevée, découvre l'édifice qu'il a bâti, faisant disparaître les matériaux, les échafandages et les machines qui ont servi à la construction. »

Si je voulais en quelques lignes juger l'ouvrage de M. Guardia, je dirais :

L'auteur passe en revue toute la médecine et tous les médecins connus, et il juge les écoles, les doctrines et les hommes avec une sagacité et une justesse remarquables. Tout est vivant dans ce vaste panorama ; les figures s'y meuvent sans confusion, les faits s'y multiplient sans fatigue pour le lecteur; et, sans ordre apparent, l'exposition est vive, lumineuse, entraînante.

Cette appréciation qui formule nettement mon opinion sur l'œuvre de M. Guardia, je n'ai eu qu'à l'emprunter textuellement à M. Guardia lui-même. En effet, c'est en ces termes qu'il caractérise les *Recherches de Bordeu sur l'histoire de la médecine* ; je m'empare de ce jugement et j'applique ces éloges à *l'Histoire de la médecine* qui les mérite plus que le livre de circonstance de Bordeu. Le *Sic vos non vobis* de Virgile aura tort pour aujourd'hui. Je préfère rendre à M. Guardia ce qui lui appartient.

La France désormais ne regrettera plus de n'avoir pas un Hæser. Elle possède aujourd'hui un Manuel qui, sous des proportions plus modestes, n'en a pas moins de valeur.

Dr ALBERTUS.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

DES ÉRUPTIONS VACCINALES GÉNÉRALISÉES (VACCINIDES) ET DE QUELQUES DERMATOSES SUSCITÉES OU RAPPELÉES PAR LA VACCINATION, par le docteur H. DAUCHEZ. — Paris, 1883, in-8 de 145 pages. — A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

On sait que le vaccin fait surgir chez quelques sujets, et particulièrement chez certains enfants porteurs de lésions exulcéreuses de la peau (eczéma, impétigo), des éruptions vaccinales secondaires d'aspect variable.

M. le docteur H. Dauchez a eu l'heureuse idée de recueillir, durant son internat dans les hôpitaux de Paris et spécialement à l'hôpital des Enfants, les matériaux d'une étude d'ensemble sur les *vaccinides*.

Ces éruptions, en apparence assez semblables à celles que produit la variole inoculée, s'en distinguent pourtant par les caractères suivants :

Incubation plus courte, absence des symptômes généraux, évolution rapide des pustules, absence de contagion, innocuité de ces éruptions (bien différentes, d'après Blot, de la variolisation même atténuée).

Les pustules vaccinales surnuméraires sont inoculables ; mais ce dernier moyen de contrôle ne peut être et ne doit être utilisé qu'après un diagnostic rigoureusement établi.

La période fébrile de la vaccine se complique en outre chez certains sujets d'autres éruptions secondaires survenant en général du septième au onzième jour de la vaccine. Les unes (vaccine généralisée) sont constituées par des pustules irrégulièrement distribuées à la surface du corps. Les autres sont liées à l'excitation de la peau par l'action virulente du vaccin (roséole vaccinale, éruptions miliaires, pemphigoïdes, eczémateuses et purpuriques). Car M. Dauchez admet, bien qu'à titre exceptionnel, un purpura fébrile vaccinal, une forme de vaccine hémorrhagique analogue à la variole hémorrhagique.

Dr PAUL FABRE (de Commentry).

FORMULAIRE

POTION A L'APOMORPHINE POUR FACILITER L'EXPECTORATION CHEZ LES PHTISIQUES.

(ROSSBACH).

Rec. Chlorhydrate d'apomorphine.	0,03 à 0,05	centigrammes.
Acide chlorhydrique........	0,50	—
Eau distillée...............	150	—

M. s. a. — Prendre par cuillerées à bouche toutes les deux heures.

(A conserver dans un flacon bleu.)

IDEM POUR FACILITER L'EXPECTORATION ET CALMER LA TOUX.

Rec. Chlorhydrate de morphine.	0,03	centigrammes.
Chlorhydrate d'apomorphine	0,03 à 0,06	—
Acide chlorhydrique dilué.	0,50	—
Eeau distillée............	150	grammes.

M. s. a. — Prendre par cuillerées à bouche toutes les deux ou quatre heures.

(*Ut supra.*)

E. R.

NOTES & INFORMATIONS

— Une Société médico-chirurgicale vient de se fonder à Séville. Les séances seront hebdomadaires. Le président est Dr Domingo Ferreira ; les vice-présidents sont Dr Ramon de la Sota et Dr Vincent Chiralt; secrétaires : Dr Léopold Murga et Dr Feran Acosta; bibliothécaire : Dr Modesto Colorado ; trésorier : Dr Emilio Serrano y Sellès.

— Essayons une statistique des *étudiantes* en médecine : à Paris, il y en aurait aujourd'hui 45, la grande majorité de nationalité slave. A Liége, le chiffre s'est considérablement augmenté cette année : de 5 il s'est élevé à 25. En Suisse, on en compte jusqu'à 68, ainsi réparties : 7 à Genève, 33 à Zurich et 28 à Berne. Seule, la Faculté de Bâle ne posséderait pas d'étudiantes. Assez bien vues en France, peu considérées en Suisse, les étudiantes à Saint-Pétersbourg, seraient, paraît-il, sinon emprisonnées, au moins obligées de se mettre en pension, de se caserner presque, sous la surveillance des autorités. Il n'est donc pas étonnant que les aspirantes au doctorat qui sont de nationalité russe affluent à Paris, où elles trouvent une plus libérale hospitalité.

— F. Mehrer ayant eu à faire l'autopsie médico-légale du cadavre d'une femme que l'on avait trouvé pendue, a eu la surprise de ne lui pas trouver de rate. Tous les autres viscères étaient régulièrement développés. Le foie seul était légèrement hypertrophié. — Birch-Hirschfeld a également constaté l'absence de rate chez un enfant bien conformé quant au reste du corps.

— Le docteur Ernest Martin, qui a séjourné assez longtemps en Chine pour devenir un de nos bons sinologues, vient de publier (chez E. Leroux, à Paris) un « Exposé des principaux passages contenus dans le *Si-Yuen-Lu* ». Ce travail renferme des détails peu connus et fort intéressants sur l'état de la médecine légale chez les Chinois.

— L'Amérique travaille. Voici qu'un dermatologiste distingué de New-York, le docteur Henry G. Piffard, a entrepris la publication d'un grand *Traité international des maladies de la peau et des maladies syphilitiques* qui n'aura pas moins de trois gros volumes. La rédaction des divers chapitres en est confiée à des hommes spéciaux de divers pays. La France n'est guère représentée que par trois collaborateurs : MM. Brocq, Barthélemy et Fabre ; l'Allemagne fournit MM. Hane Hébra, Lassar, Lesser, Neisser et Unna ; l'Italie, M. Pellizzari (de Florence) ; la Norvège, M. Bidenkap (de Christania) ; l'Angleterre et les Etats-Unis donnent par contre bien plus de collaborateurs : Anderson (de Glascow), Fox, Cavafy et Thin (de Londres) ; Alexander, Bronson, Taylor, Satterlee, Morrow (de New-York), etc. Nous saluons cette courageuse entreprise en lui souhaitant le succès.

— L'Asie centrale est surtout hantée (si nous en croyons M. Guillaume Capus dans un intéressant article de la REVUE SCIENTIFIQUE) par trois maladies spéciales : le richta, la lèpre et la maladie sarte. Le « rischta » est le nom donné par les indigènes du Turkestan au dragonneau ou filaire de Médine ; quant à la maladie sarte, elle ne serait autre chose que ce que l'on a appelé le « bouton d'Alep », ou le « bouton de Biskra », ou peste afghane. La lèpre est très fréquente dans le Turkestan ; elle y serait considérée et fort justement comme héréditaire.

— D'après le journal espagnol EL SIGLO MEDICO, la proportion des médecins relativement à l'ensemble de la population serait dans les pays suivants :

En France,	de 2 médecins	91 par	10,000	habitants.
En Allemagne	3	— 21	—	—
En Autriche	3	— 41	—	—
En Angleterre	6	—	—	—
En Italie	6	— 10	—	—
En Hongrie	6	— 10	—	—
En Suisse	7	— 06	—	—
Aux Etats-Unis	16	— 24	—	—

— Un de nos confrères d'Avignon, M. le docteur Yvaren, traduisait récemment en vers français les *Bucoliques* de Virgile. Voici qu'un autre de nos confrères, le docteur J.-B.-F. Froment, vient d'accomplir un bien plus gigantesque travail. Il a traduit en vers alexandrins Homère tout entier : l'*Iliade* et l'*Odyssée*. Rappelons-nous qu'Horace prétend qu'il ne faut s'étonner de rien : *Nil mirari*.

— D'après le RACCOGLITORE MEDICO, le chiffre total des journaux de médecine publiés en Italie s'élèverait actuellement à 51, ainsi répartis : 7 à Milan, 2 à Pavie, 1 à Padoue, 1 à Venise, 5 à Turin, 2 à Gênes, 2 à Plaisance, 1 à Modène, 1 à Reggio-Emilia, 2 à Bologne, 4 à Florence, 1 à Forli, 1 à Pise, 4 à Rome, 10 à Naples, 3 à Palerme, 1 à Messine, 1 à Ariccia, 1 à Bari, 1 à Sienne.

— Un prix de 25,000 francs (ou seulement de 2,500 fr., si nous nous en rapportons au *Bulletin de l'Académie de médecine*), sera décerné à l'auteur de la découverte dont voici le libellé : « Découvrir une méthode au moyen de laquelle le virus vaccinal puisse être cultivé dans un milieu indifférent. La méthode doit permettre de multiplier le virus indéfiniment par générations successives et le produit de chaque génération doit accuser les qualités de la lymphe vaccinale naturelle autant que le délai accordé en permettra l'épreuve. ». Le concours est universel ; les mémoires doivent être envoyés avant le 31 décembre 1886. Le prix sera décerné au plus tard au mois de mai 1887.

Peut-être quelques-uns de nos lecteurs se demandent-ils quel est le corps savant, quelle est l'Académie qui propose un tel prix ! Eh bien ! ce n'est ni l'Institut de France, ni aucune académie nationale, impériale ou royale quelconque, c'est tout simplement la Compagnie des épiciers de Londres : *Britannia for ever*.

— Théophraste Renaudot est à l'ordre du jour ; après M. Gilles de la Tourrette (3e du nom), qui vient de consacrer un volume au père du journalisme, des monts-de-piété, des petites affiches, des bureaux de bienfaisance, etc., voici qu'un des plus érudits et des plus consciencieux historiens de la Presse périodique, M. Eugène Hatin, publie un volume excessivement intéressant et bien curieux sur cette intéressante figure du XVIIe siècle.

— Au point de vue de l'érudition, l'Italie n'est pas en retard ; l'éminent professeur de la Faculté de Pavie, M. Alf. Corradi, a publié récemment trois lettres inédites d'Arantius, de Conano, et de Fallope. Ces lettres, on ne peut plus importantes en elles-mêmes pour l'histoire de l'anatomie au seizième siècle, acquièrent une bien plus grande valeur par le commentaire qui les accompagne.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort d'un jeune confrère, M. Ernest Legendre, qui vient de succomber à une fièvre typhoïde. Il n'avait que 27 ans. Il avait, en décembre dernier, soutenu une thèse remarquable sur les *anévrysmes spontanés de l'aorte ascendante*, et venait de s'établir, depuis trois semaines à peine, auprès de son père, médecin distingué, à Bléneau (Yonne). Que celui-ci reçoive l'expression de toute notre sympathie, en même temps que celle des regrets des nombreux amis de son fils.

— Le corps médical de l'armée belge vient de perdre deux de ses membres les plus distingués, M. Lelong, médecin principal, et M. P. Decaisne, ancien inspecteur général.

— Les journaux d'Italie annoncent la mort de M. le docteur Ercolani, de l'Université de Bologne.

— Nous avons aussi le regret d'annoncer la mort de M. Houzelot, médecin en chef honoraire de l'hôpital général de Meaux.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le prix Corvisart pour l'année 1883 a été décerné à M. Jules Para, externe des hôpitaux. — La question proposée était : « De l'ascite ».

La question donnée par la Faculté, pour le prix de l'année 1884, est : « De l'ictère ».

ASSISTANCE PUBLIQUE. — Un concours pour la nomination à une place d'accoucheur au Bureau central sera ouvert le lundi 31 mars, à midi.

— Par arrêté préfectoral, en date du 30 décembre 1883, MM. Puteaux et le docteur du Mesnil sont nommés membres de la commission de surveillance des asiles publics d'aliénés du département de la Seine.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — Par décret, en date du 15 janvier 1884, rendu sur le rapport du vice-amiral ministre de la marine et des colonies, ont été promus dans le corps de santé de la marine : au grade de directeur, M. Bérenger-Féraud, médecin en chef ; — au grade de médecin en chef, M. Fabre ; — au grade de médecin principal, M. Le Grand.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret du 15 janvier 1884 ont été nommés : au grade de médecin principal de première classe, M. Balley ; — au grade de médecin principal de deuxième classe, MM. Duchemin, Teinturier, Chambé.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Par décret du 8 février, M. le docteur Vidal, médecin en chef de l'hospice d'Hyères (Var), ancien chirurgien de la marine, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

***

HYGIÈNE INTERNATIONALE. — Le ministre du commerce vient de décider qu'on maintiendrait à trois jours la durée de la quarantaine pour les navires venant de l'extrême-Orient où règne le choléra, et pour ceux provenant des régions intertropicales où l'on signale de nombreux cas de fièvre jaune.

SOCIÉTÉ POUR LA PROPAGATION DE LA CRÉMATION. — La troisième assemblée générale de la Société pour la propagation de la crémation a eu lieu à Paris le 9 janvier, sous la présidence de M. Kœchlin-Schwartz.

Deux projets de pétition tendant à l'établissement de fours à crémation dans les principaux cimetières ont été soumis aux Chambres.

Des listes de pétition sont mises à la disposition du public au secrétariat de la Société, 11, rue d'Anjou, Paris.

ENFANTS MORALEMENT ABANDONNÉS. — L'Assistance publique vient de créer une nouvelle maison pour les enfants abandonnés ou récalcitrants qui n'ont pas subi de condamnation à l'internement dans les maisons de correction ou les colonies pénitentiaires. C'est dans l'île de Porquerolles, faisant partie des îles d'Hyères, que cet établissement est installé. L'Assistance publique a loué une propriété privée pour y créer cette colonie. Une trentaine d'enfants y sont déjà.

ÉTABLISSEMENTS THERMAUX DE L'ÉTAT. — On annonce que le ministre du commerce vient de charger une Commission d'établir les bases du cahier des charges sur lesquelles seront mis en adjudication, pour le 1er janvier 1885, les établissements thermaux appartenant à l'État.

***

CONGRÈS OTOLOGIQUE INTERNATIONAL. — Le prochain Congrès otologique international se tiendra à Bâle du 1er au 4 septembre 1884. Les sujets sur lesquels on désire faire des communications devront être adressés, avant le 15 mai, à M. le docteur Burckhaardt-Mérion à Bâle. Au commencement de juin, le programme détaillé du Congrès et des communications annoncées sera envoyé à tous les adhérents.

TROISIÈME CONGRÈS DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN. — Ce congrès aura lieu du 21 au 24 avril, sous la présidence de M. Ch. Frerichs.

Voici l'énoncé des sujets sur lesquels la discussion sera ouverte :

1er jour. — *De la pneumomie franche* (Etiologie, pathologie, clinique, thérapeutique.)
Rapporteur : docteur Sürgensen (Tubingne).
Co-Rapporteur : docteur Albert Frænkel (Berlin).

2e jour. — *De la poliomyélite et de la névrite.*
Rapporteur : docteur Leyden (Berlin).
Co-rapporteur : docteur Schültze (Heidelberg).

3e jour. — *De la dyspepsie nerveuse*
Rapporteur : docteur Leube (Erlangen).
Co-rapporteur : docteur Ewald (Berlin).

Les communications suivantes ont été annoncées.

Hermann Weber (Londres) : *Hygiène des écoles en Angleterre envisagées particulièrement au point de vue des maladies contagieuses.*
Rosenthal (Erlangen) : *Des réflexes.*
Goltz (Strasbourg) : *Localisation des fonctions cérébrales.*
Pfeiffer (Weimar) : *De la vaccination.*
Seegen (Carlsbad) : *Du diabète.*
Rossbach (Iéna) : *Traitement des maladies infectieuses.*
Id. : *Nouvelles applications de la naphthaline.*

Le Comité du Congrès de médecine interne se compose de MM. Gerhardt, Leyden, Liebermeister, Marklin et Pfeiffer

— Un institut de l'art dentaire est sur le point d'être annexé à l'Université de Berlin.

— Le gouvernement russe vient de donner au professeur Frerichs le grand cordon de l'ordre de Saint-Stanislas, en reconnaissance des services qu'il a rendus aux étudiants russes des universités de Breslau et de Berlin.

ANGLETERRE. — Le gouvernement anglais a conféré récemment au professeur Lister le titre de baronnet.

***

HÔPITAUX DE BORDEAUX. — Dans la séance du 7 février de la Commission médico-chirurgicale des hôpitaux de Bordeaux, il a été procédé au tirage au sort des juges du concours pour une place de chirurgien adjoint. Le jury est composé comme suit :

MM. Gervais, président; Lannelongue, Denucé, Moussous, Flornoz, Vergely, Lande.

Les candidats sont MM. Boursier, Monod et Piéchaud.

HOSPICES CIVILS DE SAINT-ÉTIENNE. — Un concours pour deux places de médecin s'ouvrira le lundi 30 juin 1884 à l'Hôtel-Dieu de Lyon. — Les médecins nommés à la suite de ce concours recevront un traitement de 1,500 fr. par an.

ÉCOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE DIJON. — Un concours pour l'emploi de chef des travaux chimiques s'ouvrira le 15 juillet 1884, à huit heures du matin, dans la salle des cours de l'École. La durée des fonctions est fixée à 9 ans. Les appointements sont de 1,000 francs par an.

Les candidats devront se faire inscrire avant le 15 juin 1884 au secrétariat de l'École de médecine.

ACADÉMIE DES SCIENCES, ARTS ET BELLES-LETTRES DE CAEN. — *Concours 1885-1886.* — PRIX DAN DE LA VAUTERIE : *De la conservation des sujets et pièces anatomiques.* Le prix est de 1,000 francs. Les mémoires devront être envoyés au plus tard le 31 décembre 1884.

II. PRIX LE SAUVAGE : *Anatomie, histologie et homologie des différentes parties du système nerveux des poissons.* Le prix est de 2,000 francs. Les mémoires devront être envoyés au plus tard le 31 décembre 1885.

III. PRIX LAIR : *La poésie française en Normandie au XVe et au XVIe siècle.* L'Académie de Caen proroge cette question à l'année 1885. Le prix est porté à 1,500 francs. Les mémoires devront être envoyés au plus tard le 31 décembre 1884.

N.-B. — Les manuscrits envoyés à ces différents concours devront parvenir *franco de port* à M. Armand Gasté, secrétaire de l'Académie, rue Elie-de-Beaumont, 5, avant le 1er janvier de l'année où le prix doit être décerné.

Ils porteront une épigraphe ou devise, répétée dans un billet cacheté qui contiendra le nom de l'auteur.

L'Académie ne rend aucun des manuscrits qui ont été soumis à son examen; mais les auteurs ont la liberté d'en faire prendre des copies.

ÉCOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — Par arrêté ministériel en date du 24 janvier 1884, un concours pour l'emploi de chef des travaux anatomiques s'ouvrira le 22 juillet 1884 à l'École de médecine et de pharmacie d'Alger. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 1er AU JEUDI 7 FÉVRIER 1884.

Fièvre typhoïde 10. — Variole 1. — Rougeole 21. — Scarlatine 6. — Coqueluche 7. — Diphthérie, croup 43. — Dysentérie 0. — Erysipèle 4. — Infections puerpérales 3. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 57. — Phthisie pulmonaire 183. — Autres tuberculoses 15. — Autres affections générales 73. — Malformation et débilité des âges extrêmes 69. — Bronchite aiguë 40. — Pneumonie 66. — Athrepsie

(gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 39, — au sein et mixte 24. — Inconnu 5. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 108. — de l'appareil circulatoire 71. — de l'appareil respiratoire 63. — de l'appareil digestif 47. — de l'appareil génito-urinaire 26. — de la peau et du tissu lamineux 7. — des os, articulations et muscles 8. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 39. — Causes non classées 3. — Total de la semaine : 1038 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Manuel de thérapeutique et de pharmacologie, par le docteur Paul Rodet, médacin de la préfecture de police, 1 vol. in-12 broché. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, 1884. H. Lauwereyns, éditeur-libraire, 2, rue Casimir-Delavigne.

Guide pratique de l'étudiant en médecine et en pharmacie. — Prix : 2 fr. — Paris, librairie Ollier-Henry, 13, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Traité élémentaire de physiologie, comprenant les principales notions de la physiologie comparée, par M. J. Béclard, doyen et professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, etc. Septième édition entièrement refondue. Ouvrage accompagné de 378 figures intercalées dans le texte. Deuxième partie : fonctions de relation ; fonctions de reproduction. Les muscles (mouvements, voix, parole). — Les organes des sens (vue, ouïe, odorat, goût, toucher). — Le système nerveux (nerfs, moelle, encéphale, grand sympathique). — La génération, ovulations, spermatogénèse, fécondation, développement de l'œuf, gestation, lactation). — Librairie Asselin et Cie, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

De la dilatation pré-fœtale de la vulve comme moyen de prévenir les déchirures du périnée, par le docteur Léon Dumas, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. — Typographie et lithographie de Boehm et fils, à Montpellier. 1883.

Manuel de pathologie et de clinique infantiles, par le docteur A. Descroizilles, médecin de l'hôpital des Enfants malades, 1 volume in-18 de 1,060 pages. — Prix : 12 fr. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Leçon d'ouverture du cours de clinique médicale de M. le professeur Jaccoud, in-8. — Prix : 75 centimes. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

L'ophthalmie jéquiritique et son emploi clinique, par H. Sattler et L. de Wecker, in-8 broché : 2 fr. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Vorlesungen über Pharmakologie (Leçons de pharmacologie), par M. C. Binz, professeur à l'université de Bonn. — Berlin, 1884, Aug. Hirschwald, éditeur.

La fièvre typhoïde, étiologie, prophylaxie. Mesures à prendre pour se préserver des maladies infectieuses en général, par le docteur F. Vulliet. Paris, 1884, in-8 de 53 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Sur le traitement de la diphthérie des amygdales et du pharynx (angine couenneuse), par le docteur G. Mayer (d'Aix-la-Chapelle), traduit de l'allemand par le docteur Roselt, médecin de l'hôpital des Enfants à Anvers. — Prix : 75 centimes. — Paris, H. Lesoudier, éditeur, 174-176, boulevard Saint-Germain.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

55e année. 7e série. Tome Ier. N° 8 23 FÉVRIER 1884

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

ATATOMIE ET EMBRYOGÉNIE

De la bride masculine du vestibule chez la femme et de l'origine de l'hymen

A PROPOS D'UNE OBSERVATION D'HYPOSPADIAS ET D'UN CAS D'ABSENCE DU VAGIN, DE L'UTÉRUS ET DES OVAIRES. (Communication faite à la Société de biologie le 16 février 1884), par le docteur S. POZZI, agrégé, chirurgien de l'hôpital Lourcine.

Je me snis engagé dans une précédente séance, en vous présentant un pseudo-hermaphrodite mâle (1), à revenir sur quelques points intéressants soulevés par l'étude de ce curieux sujet. Je désire anjourd'hui poser devant vons la qnestion de l'*origine de l'hymen*, en appuyant les considérations que je vais vous soumettre sur l'examen d'un nonveau cas tératologique placé sous vos yeux. En voici tout d'abord, la rapide description :

OBSERVATION. — Jeanne B..., âgée de 19 ans, domestique, est entrée dans mon service à Lourcine, atteinte à la fois d'uréthrite blennorrhagique et d'accidents syphilitiques (plaques muqueuses). Il est cependant facile de se convaincre à nne première exploration qu'elle possède une membrane hymen intacte et qu'elle n'a pas de vagin. Des tentatives de coït répétées sont restées infructueuses et n'ont eu d'autre effet que de la rendre doublement malade.

Je vais donner successivement le résultat de l'examen : 1° pour les parties génitales externes ; 2° pour les parties internes.

1° Bassin bien conformé ; largeur normale. Les seins sont assez volumineux. Toutes les *parties génitales externes* présentent leur développement ordinaire. Mont de Vénus accusé, système pileux développé. Les petites lèvres sont un peu exubérantes et se terminent sur un capuchon long et flasque (il y a des habitudes avouées de masturbation). Clitoris un peu au-dessus de l'ordinaire et sensiblement bifide. La bandelette que nous décrirons plus loin sous le nom de *bride vestibulaire* est très manifeste et offre une légère encoche sur la partie latérale droite, comme si elle était décollée en ce point. Méat urinaire saillant ; sur ses parties latérales viennent se terminer les extrémités d'une membrane hymen parfaitement intacte et dont les bords offrent une hauteur d'à peu près 1/2 centimètre. En les écartant fortement, on aperçoit le fond imperforé du canal vulvaire, qui présente un aspect blanc nacré et réticulé. Le stylet promené sur toute cette surface ne pénétre dans aucun orifice. Fourchette normale. Périnée idem.

2o *Organes génitaux internes*. — Le toucher rectal ne montre aucun vestige d'utérus ; le doigt poussé le plus haut possible et ramené en avant arrive directement sur le pubis. Cet examen répété avec le cathétérisme donne un résultat conforme ; le doigt placé dans le rectum perçoit partout le bec de la sonde. — Les apparences de la puberté (développement des parties génitales externes, des seins et des poils) sont apparus à l'âge de 12 ans. Il n'y a jamais eu le moindre écoulement sangin par la vulve ni aucun des phénomènes réflexes concomitants de l'ovulation. Il ne paraît donc pas y avoir d'ovaire.

Les faits d'absence d'utérus et de vagin sont nombreux dans la science. Il est péremptoirement établi qu'ils sont dus à

(1) Voir le COMPTE RENDU GÉNÉRAL DES SOCIÉTÉS MÉDICALES du mercredi 30 janvier.

FEUILLETON

REVUE MÉDICO-LITTÉRAIRE.

Voltaire malade, tel est le titre d'un petit volume publié par le docteur Roger, médecin au Havre (1).

Deux directions pouvaient être données à ce travail, nous dit l'auteur : ou mener de front les discussions médicales et les extraits de lettres où Voltaire parle de ses maladies, ou détacher de sa volumineuse correspondance tous les fragments qui ont trait à la santé du célèbre écrivain, puis les reprendre et les étudier dans leurs points principaux. C'est cette dernière direction qu'a prise M. Roger. Et nous le regrettons ; la première méthode nous eût paru préférable. L'expression de ce regret sera notre principale critique, car tel qu'il est le volume est des plus intéressants. C'est toujours une fête de l'esprit que de lire de la correspondance de Voltaire, et près de cent cinquante pages nous offrent ce régal. En effet, il a beau être malade, Voltaire reste gracieux et léger. Il garde sa gaieté, son esprit, sa verve jusque dans son lit, et trouve à rire même des maux dont il se plaint le plus.

Je signalerai à M. Roger, en vue d'une prochaine édition, quelques mutilations de noms propres qui déparent son livre : au lieu de l'abbé de Voisenon, nous lisons Vaisenon ; au lieu de Walpole, Watpole ; Hénaut pour le président Hénault ; Angleviel pour Angliviel de la Beaumelle ; Nicoladot pour Nicolardot ; Pierson pour Pierron, etc., etc.

Quatre mois ne s'étaient pas écoulés depuis l'apparition du volume de M. Roger que M. A. Rattel soutenait devant la Faculté de Paris une thèse intitulée : *Etude médico-littéraire sur Voltaire* (1). L'on constatera avec regret que le travail de M. Roger ne se trouve même pas cité. C'est une omission sérieuse, si ce n'est pas une injustice. Eh quoi ! à deux pas de l'Ecole, sous les galeries de l'Odéon, nn volume se trouve en vente sur le sujet même que

(1) Paris, 1883, 1 vol. in-18 de 200 pages. — Marpon et Flammarion, éditeurs.

(1) THÈSE DE PARIS, 26 juillet 1883.

l'arrêt de développement des conduits de Müller. Je ne veux pas revenir sur un sujet aussi rebattu.

Je ne désire retenir de cette observation qu'un point qui n'a pas jusqu'ici été mis en lumière et qui me paraît capital : c'est l'existence d'une membrane hymen parfaitement conformée et offrant des dimensions normales, coïncidant avec le développement régulier de la vulve et l'absence du vagin. Pour bien vous montrer l'intérêt de cette observation, il est indispensable que je vous rappelle les discussions récentes auxquelles a donné lieu l'origine de cette membrane.

Il faut avouer que cette question n'avait pas été très agitée jusqu'à ces derniers temps ; les auteurs admettaient généralement que l'hymen était dû à un repli de la muqueuse vaginale, ou qu'il était formé par l'adossement de la muqueuse vaginale et de la muqueuse vulvaire (1), et ne s'expliquaient pas plus nettement sur ce petit point d'embryogénie. M. Budin, dont l'opinion paraît concorder avec celle de Henle, est venu lui donner une grande précision par les recherches originales qu'il vous a communiquées il y a quatre ans (2). Voici le résumé des conclusions auxquelles il a été amené par la dissection d'une petite fille et l'étude d'un fœtus de quatre mois. « On pouvait donc, dit-il, considérer le vagin comme un véritable doigt de gant présentant à son extrémité antérieure un orifice circulaire, et c'est l'extrémité perforée de ce doigt de gant qui, venant s'insinuer et sortir entre les petites lèvres, constituait ce qu'on appelle l'hymen ». Et ailleurs : « Ainsi donc, l'hymen, en tant que membrane propre, spéciale, distincte, indépendante, n'existe pas. La membrane qui apparaît sous les yeux lorsqu'on examine les organes génitaux et qu'on a décorée du nom d'hymen, n'est autre chose que l'extrémité antérieure du vagin faisant saillie sur la muqueuse vulvaire entre les petites lèvres. Il résulte de cette disposition que la définition de l'orifice vaginal doit être modifiée. On ne peut donc plus dire que « la circonférence externe ou circonférence d'insertion de l'hymen constitue la limite exacte du vagin, le pourtour de l'orifice vaginal » (Math. Duncan). C'est plus en avant, au niveau de la circonférence interne de l'hymen, qu'il faut reporter l'origine du vagin. L'orifice vaginal n'est autre chose que l'orifice hyménéal lui-même. » Plus loin, à propos du développement, M. Budin s'exprime ainsi : « Au fur et à mesure que le fœtus se développe et avance en âge, l'orifice vaginal se rapproche de l'orifice vulvaire limité par les petites lèvres ; il arrive bientôt à son niveau et arrive même à le dépasser. On pourrait presque comparer la façon dont l'extrémité antérieure du vagin pénètre dans le canal vulvaire à la saillie que fait le col de l'utérus dans le vagin. Le vagin entraîne avec lui l'urèthre qui lui est adhérent. C'est lorsque le vagin s'est ainsi avancé à travers l'orifice limité par le bord interne des petites lèvres que l'hymen devient apparent, et plus le vagin fait saillie, plus semble développé ce qu'on appelle la membrane hymen. »

Les citations précédentes présentent avec une grande lucidité la conception séduisante de l'auteur. Je ne m'arrêterai pas à discuter ce que certaines de ses assertions ont de contestable, notamment l'erreur relative à la solidarité embryologique de l'urèthre et du vagin, « celui-ci entourant celui-là qui lui est adhérent » (1). Je ferai grâce également à M. Budin de toute querelle sur la valeur douteuse de la solidarité un peu grossière entre l'hymen et le vagin décelée par la dissection qui a été l'origine de son mémoire. En anatomie philosophique, rien n'est trompeur comme le scalpel.

Je n'ai pas non plus l'intention, dans cette note, de me baser sur le résultat d'observations embryologiques. Il ne m'a pas encore été possible de poursuivre assez loin celles que j'ai commencées pour pouvoir démontrer ainsi, comme j'espère bientôt pouvoir le faire, la distinction primitive, originelle, entre l'hymen, dépendance des bords du sillon urogénital, et le vagin, formé par la fusion et le développement des conduits de Müller, l'un provenant de la formation qu'on a appelé *extérieure*, l'autre de la *formation intermédiaire*. C'est sur un autre ordre de faits que je vais me baser, c'est sur un autre terrain que je vais porter la question. Aussi bien n'est-ce pas celui dont Geoffroy Saint-Hilaire a moutré la valeur prédominante dans les recherches de cet ordre ? Je tâcherai aujourd'hui d'interpréter devant vous les dispositions nor-

(1) Courty. *Traité pratique des maladies de l'utérus*, 3e édition, Paris, 1881, p. 64.

(2) Budin. *Recherches sur l'hymen et l'orifice vaginal*. (Soc. de Biol., Progrès médical et tirage à part chez Delahaye, 1879).

(1) L'urèthre en entier chez la femme, la portion prostatique et membraneuse du canal de l'urèthre chez l'homme, se développent aux dépens du *sinus uro-genitalis*. Le vagin, il est inutile de le rappeler, se développe aux dépens des conduits de Müller.

---

vous avez pris pour sujet de thèse, et vous, un lettré, vous n'en auriez pas eu connaissance ! Tant pis ; cela prouve une fois de plus combien sont incomplètes au point de vue de l'érudition et de la bibliographie bon nombre de thèses, même parmi les meilleures de celles qui sont soutenues devant la Faculté de Paris.

Pourquoi, à la page 49 de sa thèse, M. Rattel a-t-il écrit ces lignes : « Lescure, à propos des ophthalmies fort réelles dont souffrit Voltaire, dit que ce dernier passait sa vie à se dire aveugle pour faire sa cour à Mme du Deffand. Lescure avait tort. » Il semblerait que Lescure est un contemporain de Voltaire, tandis que M. de Lescure, biographe et éditeur de la correspondance de Mme du Deffand, est encore vivant, et bien vivant.

***

Après Voltaire, passons à Rousseau. Voici une *Etude sur l'état mental de Jean-Jacques Rousseau et sa mort à Ermenonville* (1). Quoique ce travail ne soit pas sorti de la plume d'un médecin, mais bien de la plume d'un littérateur, il nous revient de droit en raison du sujet traité.

(1) Un vol. in-18 de 169 pages.—Paris, 1883, E. Plon, édit.

M. Alfred Bougeault fait plus que de disserter en lettré sur l'état mental de Rousseau, il a des prétentions à discuter cet état à l'aide des lumières de la science. Et, pour nous prouver que le philosophe genevois était en proie au délire des persécutions, M. Bougeault a recours à l'appui d'un médecin en ces termes : « Le docteur Pinel, l'un de nos plus célèbres aliénistes, a bien caractérisé l'influence de l'imagination sur le désordre mental. (Voir son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*.) Certaines professions disposent plus que d'autres à la manie et surtout celles où une imagination vive est sans cesse dans une sorte d'effervescence » (p. 110).

Jean-Jacques, l'esprit utopiste par excellence, le rêveur qui aurait voulu refaire le monde suivant ses idées et à qui La Fontaine n'aurait pas manqué de dire :

C'est dommage, *Rousseau*, que tu n'es point entré
Au conseil de celui que prêche *tout* curé !

comment ce constructeur de palingénésie sociale n'aurait-il pas rencontré en ses contemporains sinon des adversaires, au moins des contradicteurs ? Or, quand un homme s'est mis à la recherche

males avec le seul aide de certaines variations tératologiques.

Dans l'observation actuelle, il y a en manifestement avortement complet de la formation intermédiaire (vagin) et développement intégral de la formation extérieure (vulve). Or nous trouvons un hymen normal. N'est-ce pas une forte présomption (pour ne pas dire plus) en faveur de l'origine extérieure de l'hymen ? Pour échapper à cette conclusion naturelle, il faut faire la supposition peu admissible que, tandis que les conduits de Müller avortaient supérieurement, ils se développaient juste assez en bas pour donner lieu à la dépression légère que nous avons signalée en arrière de l'hymen, et à cette membrane elle-même. Mais ce fait est formellement en désaccord avec ce que nous savons de l'évolution de la cavité vaginale aux dépens des conduits de Müller qui procède toujours de haut en bas (1). Si donc une portion de ces conduits avait échappé à l'atrophie, c'eût été plutôt la partie supérieure que l'inférieure. — L'explication suivante est bien plus légitime : le petit infundibulum qui occupe chez cette femme l'entrée de la vulve est produit par le *sinus uro-genitalis* que Valentin avait si justement proposé d'appeler *canal* (canalis) *uro-génital*, que S. Müller appelait *conduit* (ductus) et que MM. Tourneux et Legay désigneraient volontiers sous le nom de *canal vestibulaire*. Toutes ces dénominations prouvent surabondamment qu'il y a dans le *sinus* plus qu'une fente — une véritable cavité — dont nous rencontrons ici le vestige. J'insiste sur cette particularité capitale, méconnue par certains anatomistes qui ont trop fortement réagi contre l'opinion fausse de Rathke, pour lequel, on le sait, tout le vagin résultait exclusivement d'un bourgeonnement du sinus uro-génital. Il ne faut pas tomber dans l'excès contraire et refuser au sinus uro-génital, en avant, pour le vagin, le rôle qu'on lui accorde sans conteste en arrière, pour le rectum dont tout le monde admet la formation mixte par abouchement d'un canal anal avec le canal rectal proprement dit (les malformations congénitales ont mis ce fait hors de doute). Au point de vue du mode de formation et, par suite, en anatomie philosophique, il paraît aussi indispensable de distinguer deux régions dans le vagin : l'une supérieure, qui constitue la totalité de l'organe ainsi nommé en anatomie descriptive, c'est le *vagin supérieur*, ou *mullérien*, si l'on me permet cette expression ; l'autre région inférieure, presque insignifiante au point de vue de ses dimensions, confondue dans la description ordinaire avec la vulve, dont elle constitue le vestibule, la fosse naviculaire et le pourtour. C'est en réalité un véritable *vagin inférieur* ou *urogénital* que ce *canal vulvaire*, véritable homologue de la portion membraneuse de l'urèthre masculin, et dont la distinction éclaire d'un jour singulier la comparaison des organes des deux sexes. Seul il existe chez notre femme imperforée. D'après la définition que je viens d'en donner, on voit que ce n'est que la *partie cavitaire* de la vulve. Il n'y a pas chez elle le moindre vagin, au sens ordinaire du mot, mais seulement une vulve à laquelle l'hymen est annexé.

C'est ici le lieu de revenir quelque peu, en la rapprochant de la précédente, sur la disposition des parties génitales externes chez notre pseudo-hermaphrodite, précédemment présenté devant vous. Ces deux sujets sont absolument comparables au double point de vue de l'absence de développement des conduits de Müller (remplacé chez l'hermaphrodite par le développement des canaux de Wolff) et de l'*arrêt de développement en type féminin* du sinus uro-génital. — (En effet, pour le dire en passant, la femme, au point de vue de ses organes génitaux externes, n'est-elle pas une véritable hypospade ?) — L'argument est le même que dans le fait précédent, mais offre une force plus grande encore : pas de développement des canaux de Müller, pas de vagin chez cet homme, et pourtant un hymen, bordant la vulve, qu'il a gardé comme un legs de sa vie embryonnaire. Qu'est-ce à dire, sinon que l'hymen n'a rien à faire avec le vagin proprement dit ?

Mais là ne va pas s'arrêter l'enseignement de ce fait instructif : nous avons vu ce que l'hymen *n'était pas* ; il va faire plus et nous montrer *ce qu'il est*.

Etudions en effet chez cet hypospade les connexions de la membrane hymen (*Voir la figure 1*). Après avoir formé un anneau complet autour de l'orifice vulvaire, elle se continue manifestement avec deux bandelettes charnues qui entourent le méat urinaire d'une sorte de boucle formant un 8 de chiffre avec celle que figure l'hymen; au-dessus de l'urèthre, ces bande-

(1) Cf. Richard Geigel. *Ueber Variabilitœt in der Entwicklung der Geschlechtsorgane*. VERHANDL. DER PHYS. MED. GESELLSCHAFT ZU WURZBURG, N. F. XVII Bd. — F. Tourneux et Ch. Legay. *Note sur le développement de l'utérus et du vagin* (COMPTES RENDUS DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE, 1884, 26 janvier, p. 46).

---

de l'absolu, croit avoir trouvé la vérité et la prêche, il se personnifie si bien dans ses propres idées que la moindre attaque aux opinions qu'il avance se change à ses yeux en attaque personnelle. Il voit des ennemis là où il n'y a que des critiques.

Aussi, pour notre part, ne trouverions-nous pas, dans les pages si nombreuses où Rousseau se cabre violemment contre les ennemis de ses idées, des preuves suffisantes pour lui décerner le titre d'aliéné. Il est grincheux, mécontent de vivre dans un siècle qui n'est point tel qu'il l'aurait voulu pour s'y plaire ! On ne l'écoute point ; on le réfute de tous côtés. Voltaire ne l'aime pas ; brouillé avec Diderot et la plupart des encyclopédistes, Rousseau, en outre, est jaloux ; sa Thérèse Levasseur le trahit. On interdit ses ouvrages, on le chasse de Genève, de Neuchâtel, de France, on le persécute. Il devient misanthrope et non sans motif; qu'il soit bientôt hypochondriaque, on le comprend; mais qu'on recherche et que l'on retrouve des symptômes d'aliénation mentale jusque dans les premières périodes de sa vie, voilà qui est par trop exagéré.

Nous ferons à M. Alfred Bougeault des reproches d'un autre ordre : d'abord pour n'avoir pas parlé des recherches du docteur Mercier, ensuite pour avoir cité bien tard, et comme s'il venait de paraître, le mémoire de Frédéric Dubois (d'Amiens) sur le genre de mort de Jean-Jacques Rousseau. Dix-sept ans avant M. Bougeault, le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine avait démontré, et d'une logique très serrée, que Rousseau avait terminé sa vie par le suicide (1). Quoi qu'il en soit, le réquisitoire de M. Bougeault est très attachant, la forme en est très littéraire. On le lira avec intérêt et non sans plaisir.

∴

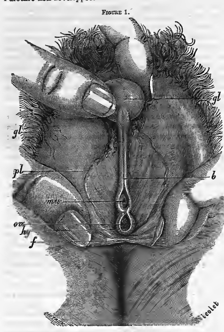
Sous ce titre un peu long : *Causerie sur le médecin à différentes époques. — De la renaissance de la médecine dans le Blésois et Recherches sur ses célébrités médicales* (2), M. le docteur E. Delthil nous a donné un travail des plus attrayants. Je passe sur la

(1) Et M. Bougeault qui, cependant cite la date de la séance de l'Académie de médecine (1er mai 1866) dans laquelle Dubois (d'Amiens) fit sa communication, ajoute ces lignes : « Cette notice, fort bien écrite et solidement raisonnée, confirme tout ce que nous avons dit sur l'état mental de J.-J. Rousseau, etc., etc. » Confirme, dix-sept ans d'avance !

(2) Paris, 1883, in-8 de 111 pages. Librairie Lauwereyns.

lettes se juxtaposent et se continuent sous la forme d'une bride saillante et légèrement cannelée en son milieu qui correspond manifestement à la paroi supérieure de la portion pénienne de l'urèthre non développée. La bride se termine au niveau du sommet imperforé du gland, et sa rainure médiane présente en ce point un léger évasement qui correspond à la fosse naviculaire absente. Cette bride, qui a souvent sollicité l'intervention des chirurgiens par la gêne qu'elle apporte à l'érection et par les matériaux qu'elle fournit pour la reconstitution d'un canal pénien, a pour cette raison été souvent figurée et décrite; personne ne s'est mépris sur sa signification évi-

FIGURE 1.



Organes génitaux externes d'un pseudo-hermaphrodite mâle (hypospade).

gl. gland
gl. grandes lèvres
pl. petites lèvres
mu. méat urinaire
ov. orifice vulvaire
hy. hymen
f. fourchette
b. bride

FIGURE 2.

Organes génitaux externes d'une jeune fille privés de vagin, d'utérus et d'ovaires

cl. clitoris
gl. grandes lèvres
pl. petites lèvres
mu méat urinaire
ov. orifice vulvaire
hy. hymen
f. fourchette
b. bride

première partie, par trop générale et forcément superficielle; je préfère attirer l'attention sur les recherches locales, sur les médecins du Blésois, pays que le doyen de la Faculté de Montpellier appelait, en 1648, en conférant le titre de docteur à un jeune Blésois :

Terram medicam atque medicorum.

Cette influence terrienne du pays, Bernier (de Blois) avait déjà cherché à l'expliquer « par la richesse du sol en plantes pharmaceutiques et en eaux minérales, par la présence de la terre sigillée et la salubrité du climat ». Bernier à ce sujet rappelait qu'Andromaque, médecin de Néron « s'était rendu célèbre parce qu'il était né en Crète, dont l'air très pur et la terre fertile en plantes médicinales avaient contribué à le faire grand médecin. » On voit que l'influence des milieux n'était pas toujours restée méconnue. Darwin a eu des ancêtres.

Parmi ses célébrités médicales, le Blésois cite avec fierté Pierre de Blois (surtout théologien), Beschebien qui fut doyen de la Faculté de Paris en 1417, Louis de Bourges, médecin de Louis XII et de François Ier, Gilles des Champs, Jehan Dufour qui fut aussi doyen de la Faculté de Paris au milieu du XVIe siècle, Jehan Blanchet qui devint médecin de Catherine de Médicis, Pierre le Beau qui fut médecin de Charles IX, Jacques Aubert, Paul Reneaulme, Charles Bouvard, qui succéda à Héroard en qualité de premier médecin de Louis XIII (1), René Chartier qui avait entrepris de publier une édition complète des œuvres d'Hippocrate et de Galien, Paul de Boisgautier, médecin de Gaston d'Orléans, Nicolas Papin, l'oncle de Denis Papin, Chicoyneau et Jean Bernier, l'historien de la ville de Blois et l'un des premiers auteurs qui ont le mieux écrit sur la déontologie médicale, etc. Je ne saurais oublier ni les deux Gendron, ni Desfray et Marin Bailly, ni surtout Pierre Bretonneau, ce premier maître de Velpeau et de Trousseau à l'E-

(1) M. Delthil, lorsqu'il cite la fameuse phrase de Diderot sur la *balafre* de Bouvard, ne confond-il pas ce Bouvard avec le Bouvard du siècle suivant, Michel-Philippe Bouvard ou Bouvart, l'ennemi irréconciliable de Bordeu ?

Il me semble que Diderot parlait de son contemporain lorsqu'il attribuait cette balafre à un coup que Bouvard se serait donné en tenant maladroitement la faux de la mort.

dente; elle est le vestige du corps spongieux arrêté dans son développement anatomique et histologique, ne s'étant pas constitué en canal et n'étant pas devenu érectile. On sait effectivement qu'à l'état fœtal les deux bords du sinus uro-génital, qui seront les futurs corps spongieux, ne renferment pas de tissu érectile; tout récemment encore, Wertheimer (1) a vérifié ce fait sur des fœtus de quatre à cinq mois.

Or, nous l'avons vu chez notre hypospade, la bride se divise au niveau du méat urinaire pour se reconstituer au-dessous de lui en formant l'anneau membraneux de l'hymen. Il est difficile d'échapper à cette déduction, tirée de connexions aussi manifestes. Si la bride est le vestige des corps spongieux, l'hymen est le vestige de leur renflement postérieur, c'est-à-dire du *bulbe* où le tissu érectile ne s'est pas non plus formé par suite du même arrêt de développement.

Est-il possible de retrouver chez la femme vierge l'indice de ces connexions qui nous sont présentées *grossies* pour ainsi dire, ou plutôt, pour me servir d'une expression technique, *grandies*, chez cet hypospade, lequel, au point de vue de ses organes génitaux externes, est un véritable embryon démesuré?

J'ai recherché soigneusement le fait sur des enfants nouveau-nés et deux jeunes filles vierges actuellement dans mes salles, et cette recherche m'a d'abord amené à la découverte d'une particularité anatomique non encore signalée, je crois, et qui n'est pas dépourvue d'intérêt. *(Voir la figure 2).*

Si l'on examine les organes génitaux externes de la femme en écartant très légèrement et sans traction les petites lèvres et relevant le mont de Vénus de façon à tendre modérément le vestibule, on voit à un bon éclairage se dessiner nettement entre le clitoris et le méat urinaire un petit organe qui rappelle d'une façon frappante la bride de l'hypospadias. On dirait une mince bandelette, à fleur de peau, succédant aux deux petites colonnes charnues qui circonscrivent latéralement le méat urinaire. Sa largeur est de 4 à 6 millimètres; son épaisseur est trop minime pour pouvoir être appréciée; elle paraît si bien incrustée dans le derme de la région vestibulaire qu'elle n'y produit pas le moindre relief. Elle s'y distingue pourtant aisément chez presque toutes les femmes, surtout chez celles dont

(1) E. Wertheimer. *Recherches sur la structure et le développement des organes génitaux externes de la femme* (JOURNAL DE L'ANATOMIE de Ch. Robin, 1883, p. 564).

la vulve n'a pas été déformée par de nombreux accouchements. On la reconnaît surtout par sa teinte un peu plus blanche que celle des tissus avoisinants et par la netteté rectiligne des bords qui la limitent, bien différents des sillons irréguliers produits par le plissement de la muqueuse. Sur l'enfant nouveau-né, elle offre une netteté remarquable et un certain relief. C'est là que je conseille de la rechercher tout d'abord.

Ses rapports avec le méat urinaire ne sont pas moins importants que ceux qu'elle affecte avec l'orifice vulvaire. Ils rendent compte de la solidarité depuis longtemps signalée et non encore interprétée entre l'hymen et le méat. Ainsi s'expliquent les franges du méat coïncidant avec la disposition frangée de l'hymen (Voir la figure de Luschka dans les *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, T. Gallard, Paris, 1879, p. 113; elle du cas de Ledru dans Courty, *loc. cit.*, p. 112). Ainsi s'expliquent aussi les faits d'oblitération du méat par une membrane dépendant de l'hymen (Voir l'article MEMBRANE du *Dict. de Nysten* dans toutes les éditions rédigées par Littré et Robin depuis 1855).

Afin de désigner cette disposition par un mot qui rappelle à la fois sa situation et sa signification morphologique, je propose de l'appeler *bride masculine du vestibule*. Je sais très bien toutes les critiques qu'on pourrait adresser à cette épithète de *masculine*; elle aurait du moins le mérite de rappeler clairement l'homologie de ce petit vestige avec ce qui constitue chez l'homme une si importante portion des organes génitaux externes.

Chez la vierge, les connexions de cette *bride masculine* avec l'hymen sont exactement celles de la grosse bride de notre hypospade. Il est impossible de les méconnaître. La bride se divise, à la manière des branches d'un Y renversé, au niveau du méat urinaire, formant autour de lui un relief qui renforce le tubercule de l'urèthre et qui se continue directement en bas avec la partie supérieure de l'hymen.

Il est intéressant de comparer à ce point de vue l'hypospade et la jeune fille *imperforée*. Chez elle aussi, en arrière de l'hymen, on trouve un petit cul-de-sac, vestige du sinus uro-génital. Mais tandis que tout ce qui est situé au-dessous du méat urinaire chez notre femme représente les mêmes parties de notre homme vues pour ainsi dire avec un verre grossissant, la proportion est inverse pour ce qui est situé au-dessus du méat, bride et clitoris minuscules, comparés à la bride et la verge

cole de Tours, Bretonneau, que la plupart des biographes font naître dans la ville où il professa, mais qui, d'après M. Delthil, est né à Saint-Georges-sur-Cher.

M. Delthil a fait là une œuvre qui mériterait d'être imitée dans bien d'autres départements français. Une histoire de la médecine et des médecins par provinces fournirait de bien riches matériaux aux futurs historiens de la médecine française.

∴

Nous venons bien tard apporter notre tribut d'éloges à M. Prosper Yvaren pour ses charmants, souvent délicieux et toujours littéraires *Entretiens d'un vieux médecin sur l'hygiène et la morale* (1). Heureusement l'auteur n'avait pas besoin de nos félicitations pour être apprécié. Parmi les médecins de province, il en est peu qui soient aussi connus et à un plus juste titre que le traducteur élégant et le commentateur érudit de Fracastor, que le médecin lettré qui vient encore de publier tout récemment une traduction en vers français des *Bucoliques* de Virgile.

« J'ai passé cinquante ans de ma vie, nous dit-il en tête de ses *Entretiens*, le doigt dans les plaies du corps, sans jamais perdre de vue les souffrances de l'âme qui, si souvent, y viennent aboutir; appliquant à cicatriser les unes tout ce que l'étude avait mis de ressources spéciales dans mon cerveau, consacrant à adoucir les autres tout ce que Dieu avait mis dans mon cœur de bienveillance et d'amour du prochain, ne tenant en première estime que ce qui m'aidait à guérir ou à soulager. »

Effectivement, M. Yvaren n'oublie jamais dans ses écrits la leçon morale. A propos d'un crayon de mine de plomb, il remonte à l'industriel Lothaire de Faber, qui les fait sortir de sa fabrique et nous montre les œuvres de bienfaisance et spécialement la caisse de retraite type fondées en Bavière au profit des ouvriers par ce modèle des patrons.

Dans un autre chapitre, les *Thermes de Caracalla et les bains à deux sous*, M. Yvaren a exposé « les bienfaits de ce que saint Augustin appelle une *demi vertu*, la propreté, qu'on la demande à l'action tempérante des bains domestiques ou aux flots agités d'un

(1) Un fort vol. in-12 de 671 pages. Paris, 1882. Librairie J.-B. Baillière et fils.

clitoridienne de l'hypospade. — Les connexions amplifiées chez l'un n'en sont pas moins reconnaissables chez l'antre.

Pour compléter mes études sur ce sujet, j'ai entrepris une double série de recherches anatomiques :

1o Sur l'embryon pour déterminer par des coupes l'indépendance de la formation de l'hymen et de celle de la partie terminale des canaux de Müller.

2o Sur des enfants et des adultes pour disséquer la *bride masculine du vestibule* et montrer ses rapports avec l'hymen.

Ces recherches ne sont pas encore assez avancées pour que je puisse vous en communiquer le résultat complet aujourd'hui. Cependant sur ces pièces obligeamment préparées par M. Poirier, prosecteur de la Faculté, vous pouvez prendre une bonne idée de la *bride vestibulaire* chez l'adulte. — Sur ce fœtus nouveau-né, elle est des plus visibles sans dissection.

Si j'ai cru devoir devancer la fin de mes recherches pour vous les soumettre, c'est d'abord pour ne pas mettre un espace exagéré entre deux présentations connexes, ensuite parce que j'ai désiré vous donner la primeur de leurs résultats et m'assurer la priorité pour ce qu'elles peuvent avoir de nouveau.

Je résumerai rapidement les résultats auxquels elles m'ont conduit :

1o L'hymen est une dépendance de la vulve et non du vagin ; cette membrane est formée aux dépens du sinus uro-génital qui forme aussi le court *canal vestibulaire* qui constitue le seuil du *canal vaginal*. — Nous observons l'hymen et le canal vestibulaire chez notre femme et chez notre hypospade, dépourvus l'un et l'autre de vagin et d'utérus.

2o C'est par suite d'une fausse homologie qu'on a donné le nom de *bulbe du vagin* à la partie inférieure et renflée du riche plexus vasculaire qui occupe toute la hauteur de ce canal, ainsi que l'a démontré Kobelt (1) et vérifié M. Rouget. Il n'y a pas lieu de distinguer là un organe distinct, et on ne saurait l'assimiler au *bulbe de l'urèthre* de l'homme. Les corps spongieux de l'urèthre (homme) ne sont pas davantage comparables aux petites lèvres (femme (1). En effet, chez notre hypospade il existe à la fois des petites lèvres parfaitement caractérisées et des corps spongieux très marqués quoique atrophiés sous forme de bride. Les corps spongieux sont le résultat d'une formation spéciale le long du bord du sinus urogénital, bord dont le revêtement externe se développe en grande lèvre et le revêtement en petite lèvre, chez la femme (ou l'hypospade) tandis que par sa soudure il constitue chez l'homme le raphé médian et la cloison des bourses.

3o Un examen attentif décèle chez la femme dans la région vestibulaire, entre le clitoris et le méat, une petite bride large d'un demi centimètre chez l'adulte, reconnaissable à la netteté rectiligne de ses bords, marquée d'une rainure médiane et divisée inférieurement pour entourer le méat urinaire. Quand l'hymen existe, elle paraît se continuer manifestement avec cette membrane. Je propose d'appeler cette bandelette, décrite ici pour la première fois, *bride masculine du vestibule*, pour indiquer ses homologies.

4o L'étude de la bride balano-uréthrale, signalée dans les cas d'hypospadias, et en particulier celle du cas qui vous a été soumis, révèle des connexions identiques pour cette grosse bride et pour la bride atrophiée du vestibule féminin.

Elle montre sa bifidité évidente au niveau du méat urinaire et sa continuité avec l'hymen qui ourle ici l'orifice pseudovulvaire. Or, chez l'hypospade, il est clair jusqu'à l'évidence que la bride est un vestige du corps spongieux resté à l'état embryonnaire (où il est dépourvu de tissu érectile). Donc l'hymen de l'hypospade, dépendance de la bride, est une dépendance du corps spongieux, il en est la partie terminale et renflée, le *bulbe*. Cette conclusion peut être rigoureusement appliquée à la femme, en suivant pas à pas les connexions similaires. Donc, *l'hymen chez la femme est l'analogue du bulbe de l'urèthre chez l'homme ; c'est le bulbe resté à l'état embryonnaire.*

(1) Kobelt. *Die maennlichen und weiblichen Wollustorgane*, Freiburg, 1844.

(1) Opinion qui semblerait résulter de cette phrase du récent article de M. Wertheimer :

« Les deux bords du sillon génital, on le sait, deviennent le corps spongieux de l'homme et les petites lèvres de la femme. » (*Recherches sur les organes génitaux externes de la femme.* JOURNAL DE L'ANATOMIE, déc. 1883, 19e année, p. 564). Peut-être l'auteur a-t-il simplement voulu dire que ces organes se développent au même point sans pouvoir spécifier une homologie réelle ; la rédaction prête à confusion.

---

fleuve ou d'une rivière ». Dans *Madame est servie*, on convie le lecteur à un véritable repas de noces, et, en lui présentant le plantureux menu, on trouve l'occasion de lui faire connaître les qualités, les similitudes et les différences de chaque mets, légumes et fruits, chair et poisson, sans négliger la sauce, un cours presque complet du régime alimentaire, non sans un certain ragoût de gastronomie qui m'a paru ne pas être, en telle matière, un hors-d'œuvre.

Pour rencontrer un bon modèle, en ce qui touche la meilleure condition des époux unis en légitime mariage, il a fallu remonter un peu loin dans le passé, et conduire ceux que M. Yvaren désirait instruire et entraîner par la contagion de l'exemple sous l'antique et humble toit de Philémon et Baucis. Ils en sortiront pleinement édifiés et sachant comment on peut, sous le joug conjugal, vivre heureux et longtemps, et, après avoir travaillé ensemble, souffert ensemble, mis en commun plaisirs et peines, pluie et soleil, obtenir de la faveur des dieux, comme suprême récompense, une fin que rien ne trouble et qui ne soit que le soir d'un beau jour, en échangeant un dernier regard et un dernier sourire.

Je m'arrête. J'ai laissé à peu près textuellement M. Yvaren nous exposer lui-même les sujets traités dans la plupart de ses *Entretiens*. Je ne voudrais pas déflorer davantage un ouvrage qu'on lira avec la plus entière satisfaction. Au triple point de vue esthétique, scientifique et moral, l'esprit est content de cette lecture, car M. Yvaren a signé une œuvre à la fois belle et bonne.

(A suivre.)

Dr ALBERTUS.

INFIRMERIE DU DÉPÔT DE LA PRÉFECTURE DE POLICE. — Par arrêté de M. le préfet de police, deux places d'internes en médecine viennent d'être créées à l'infirmerie spéciale des aliénés près le dépôt de la préfecture.

Ces internes recevront une allocation de 1,000 francs par an. Ils seront logés dans les dépendances du Palais-de-Justice. La durée des fonctions sera limitée à deux années.

***

HOPITAL BICHAT. — M. le docteur Huchard a inauguré dimanche dernier, à l'hôpital Bichat, des conférences hebdomadaires de clinique et de thérapeutique médicales et les continuera les dimanches suivants.

non érectile et membraniforme, à l'entrée du canal vestibulaire transformation du canal uro-génital (1).

5° Les connexions de la glande de Bartholin (chez la femme), comparées à celles de la glande de Mery on de Cowper (chez l'homme), peuvent être aisément assimilées. L'allongement considérable du canal excréteur pour les glandes masculines, comparé à leur brièvete relative pour les féminines, doit être particulièrement considéré. Il permet l'ouverture de ce conduit très en avant de la région membraneuse, à une certaine distance en avant de la partie postérieure du bulbe, c'est-à-dire dans un point exactement symétrique de celui qu'occupe l'ouverture du conduit de Bartholin, en avant de l'hymen, à une certaine distance de la fourchette. L'ouverture de la glande de Bartholin dans la portion pré-hyménéale de la vulve est l'origine de cet allongement singulier du conduit de Cowper. Ce n'est que si la glande de Bartholin s'était ouverte en arrière de l'hymen que le conduit de Cowper aurait pu être court; mais alors il aurait dû s'aboucher dans la portion membraneuse de l'urèthre, homologue du canal vestibulaire rétro-hyménéal de la femme.

6° La *bride masculine du vestibule* chez la femme est le vestige de la portion antérieure ou cylindroïde des corps spongieux, de même que l'hymen est le vestige de leur portion postérieure ou ovoïde.

REVUE CRITIQUE

L'herpétisme.

Lorsqu'on se trouve en face d'une maladie chronique ou de troubles habituels de santé, le premier devoir est de rechercher s'il existe un état diathésique déterminé ou un ensemble de circonstances hygiéniques, propre à en rendre compte.

Un état diathésique peut se manifester d'emblée, sous une forme plus ou moins typique, en raison de l'évolution ellemême du système. Des conditions hygiéniques vicieuses peuvent entraîner des désordres durables dans les constitutions les mieux équilibrées. Ces deux ordres de causes, pathogéniques ou étiologiques, existent bien souvent côte à côte, mais il importe au pronostic, comme à la thérapeutique, de faire le départ des unes et des autres avec le plus de précision possible.

La connaissance et la détermination des modifications particulières de l'organisme qui ont précédé et préparé l'éclosion des maladies chroniques ne saurait se séparer de l'étude de celles-ci; mais elles offrent des difficultés que nous sommes loin encore d'avoir surmontées.

On admet, avec raison, que ces modalités nouvelles de l'organisme, états constitutionnels ou états diathésiques, ont le plus souvent, je ne crois pas qu'il faille dire toujours, leur racine dans l'hérédité.

La préoccupation de l'hérédité tient aujourd'hui une grande place, non seulement dans la médecine, mais également dans la psychologie. Les spéculations de la philosophie contemporaine ne mettent pas moins d'ardeur à interroger les ancêtres immédiats de l'esprit humain, que les conceptions de la pathogénie moderne à scruter les antécédents pathologiques. C'est avec juste raison, bien que l'on ne se rende peut-être pas toujours bien compte des inconnues que recèlent les secrets entrecroisements des générations antérieures. Peut-être encore néglige-t-on un peu trop, d'un côté les influences de l'éducation, ce mot comprenant tout ce qui a pu agir sur l'esprit, depuis le lendemain de la naissance jusqu'à l'évolution complète de l'intelligence, et d'un autre côté les influences hygiéniques, ce mot embrassant toutes les circonstances extérieures dont l'économie a pu recevoir une empreinte quelconque.

Quoi qu'il en soit de la part respective des conditions héréditaires et des conditions acquises, il est certain que chacun de nous est fait d'une certaine façon et, sur le terrain physiologique comme sur le terrain psychologique, présente des aptitudes et par suite des destinées particulières.

Cependant, comme les modalités physiologiques et pathologiques de l'être humain ont une limite, quelque prodigieuse variété qu'on puisse leur attribuer, on parvient à y saisir des types. C'est sur la considération de ces types que sont constituées les déterminations diathésiques et constitutionnelles sur lesquelles repose la pathogénie, deux termes dont il n'y a pas lieu ici de s'attacher à spécifier le sens respectif.

Ces types sont peu nombreux. Scrofule, arthritis, syphilis, telles sont les diathèses classiques: ce sont les diathèses capitales de Pidoux. La syphilis, toute distincte des autres, ne fût-ce que parce qu'elle vient du dehors au lieu de venir du dedans, s'en rapproche en tant que diathèse héréditaire. Quant à l'arthritis, c'est la confusion des confusions. On y a attiré la plus grande partie des maladies chroniques, soit à titre de goutte, soit à titre de rhumatisme. Et le rhumatisme, qu'elle absorbe, n'est lui-même qu'un amas confus des choses les plus disparates.

Cependant l'herpétisme réclamait une place à côté de ces diathèses. Qu'est-ce que l'herpétisme? La base de l'herpétisme, pour Bazin, et aussi pour M. Hardy, est établie sur la considération des dermatoses, et l'un de ces éminents pathologistes fait même de l'herpétisme le synonyme de dartre. Pidoux, de son côté, avait singulièrement élargi le cercle de l'herpétisme. Tout ce qui n'était pas scrofuleux, arthritique ou syphilitique, était herpétique. L'herpétisme se trouvait le refuge de toutes les maladies qui ne rentraient pas dans les cadres précédents.

C'est dans ces limites circonscrites qu'est enfermée aujourd'hui la pathogénie des maladies chroniques. A chacune d'elles une de ces étiquettes. Quant à leur détermination respective, la difficulté n'est pas grande. Y a-t-il eu quelques engorgements ganglionnaires? Scrofule. Le sujet ou ses ancêtres ont-ils eu quelques taches sur la peau ou quelques pellicules sur le cuir chevelu? Herpétisme; quelques sédiments uriques ou quelques douleurs articulaires? Arthritisme. La recherche de la syphilis est plus systématique, sans être toujours plus précise.

M. Lancereaux a voulu apporter quelque lumière dans ce chaos, et, s'en prenant à la plus obscure de ces conceptions pathogéniques, il s'est appliqué, si ce n'est à donner un corps, du moins à assigner des caractères définis à l'herpétisme (1).

(1) Henle a signalé la présence fréquente de tissu caverneux ou érectile dans l'épaisseur de l'hymen (*Handbuch der systematischen Anatomie des Menschen*, 1874, 2e édition, deuxième vol., p. 469).

(1) *Traité de l'herpétisme*, par le docteur E. Lancereaux, 1883 (A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.)

Il fallait, pour entreprendre et pour accomplir une pareille tâche, posséder une observation clinique considérable, un esprit généralisateur et une autorité incontestée. Nul ne pouvait donc, mieux que M. Lancereaux, s'engager dans une entreprise aussi ardue. On ne peut mieux se représenter la difficulté de l'œuvre qu'en considérant la difficulté d'en rendre compte. Il ne serait guère possible en effet d'analyser, à proprement parler, le *Traité de l'herpétisme*, la plus grande partie du livre se trouvant consacrés à une exposition, détaillée par le menu, d'actes pathologiques rapportés à un principe pathogénique convenu. J'essaierai simplement d'en faire connaître l'esprit et d'en chercher la signification générale.

Le point de départ de l'auteur est d'une exactitude qui ne saurait être contestée. Il définit l'herpétisme, se conformant au mode formulé par Bazin : « une maladie constitutionnelle à longues périodes, essentiellement héréditaire, non contagieuse, caractérisée par des désordres dynamiques des trois grandes fonctions nerveuses, et des lésions trophiques des téguments et des systèmes locomoteur et sanguin.

« L'herpétisme, de même que la plupart des maladies chroniques, traverse deux phases successives, caractérisées, l'une par des désordres purement dynamiques : migraines, névralgies, spasmes, hypochondrie, etc.; l'autre par des lésions matérielles qui affectent d'une façon spéciale les téguments et les tissus peu vasculaires, tels que poils, ongles, cartilages, aponévroses, endartère.

« Dans l'enfance se remarquent des désordres du mouvement, des troubles des nerfs sensitifs et vaso-moteurs ; c'est l'âge où surviennent les accès de toux spasmodiques, les convulsions réflexes dites «éclamptiques», l'incontinence nocturne des urines, où les migraines, le prurit, l'urticaire, le purpura, l'angine granuleuse, la blépharite ciliaire, etc., commencent à se montrer.

« L'adolescence est l'époque où se montrent de préférence certaines manifestations, telles que pertes séminales involontaires, éruptions diverses de la peau et des membranes muqueuses, névralgies, épistaxis et hémoptysies ; c'est aussi le moment où survient quelquefois la chlorose et où commence l'hypochondrie. Migraines, hémorrhoïdes, dyspepsie, sont des manifestations de l'âge adulte ; mais c'est alors que les désordres trophiques font leur apparition. Ainsi la calvitie, les altérations des ongles, celles des articulations, le psoriasis lingual, l'état variqueux des veines, l'athérome et la dilatation des artères se manifestent assez généralement dès cette époque, reçoivent une impulsion au moment de la ménopause et se continuent pendant la vieillesse.

« Cette dernière période de l'existence est surtout celle des lésions artérielles, car elle comprend non seulement les lésions trophiques que nous venons d'énumérer, mais encore toutes les destructions organiques qu'engendrent les lésions artérielles : ramollissement et hémorrhagie de l'encéphale, gangrène sèche des membres, érosions et ulcères du tube digestif, apoplexie pulmonaire, atrophie des reins, etc. C'est à cette époque, du reste, que survient la mort qui est l'effet ordinaire de ces lésions. »

J'ai reproduit, d'après le texte même de l'auteur, le tableau général des manifestations de l'herpétisme. Quel en est donc le caractère pathogénique?

« Lorsqu'on envisage les nombreuses manifestations de l'herpétisme, on ne tarde pas à reconnaître qu'un désordre nerveux préside au développement de chacune d'elles... L'herpétisme est donc une maladie qui a son siége dans l'appareil de l'innervation... Les déterminations morbides de la première période étant mobiles, transitoires, et ne présentant aucune lésion matérielle appréciable, sont, à n'en pas douter, le résultat d'un simple trouble dynamique. Les affections de la seconde période, constituées par des lésions des tissus et des organes, paraissent, à cause de leur ténacité, dépendre d'un état matériel des centres ou des cordons nerveux... »

La symétrie habituelle de ces affections semble indiquer qu'elles ont leur point de départ dans la moelle épinière. Mais les témoignages directs en sont encore à rechercher et à constater. « Quoi qu'il en soit, l'herpétisme n'en est pas moins le fait de troubles de l'innervation sensitive, motrice, mentale et vaso-motrice, et partant il constitue une *névrose complexe*. »

Il n'y a donc pas de place à faire à l'anatomie pathologique dans l'histoire de l'herpétisme. Les lésions matérielles que l'on rencontre chez les herpétiques ne sont autre chose que les conséquences des troubles trophiques occasionnés par les désordres de l'innervation.

Il est d'autres états où l'on rencontre une matière morbide : ainsi l'acide urique dans l'uricémie, le sucre dans le diabète, la graisse dans l'obésité. Mais cette matière morbide n'est pas la cause de la maladie ; elle n'en est elle-même qu'un résultat. Elle est cependant la cause saisissable de certains actes pathologiques. C'est au dépôt des urates dans les articulations et à l'entour d'elles qu'est dû l'accès de goutte, comme les impotences qui s'en suivent. C'est à la présence du sucre dans le sang que sont dus les phlegmons, les anthrax et les gangrènes diabétiques. C'est sans doute encore à la contamination, moins directement saisissable, de l'ensemble du système par le sucre ou par l'acide urique, que sont dus la plupart des troubles fonctionnels ou trophiques propres à ces états diathésiques. On ne rencontre rien de semblable dans l'herpétisme. Mais, antérieurement à ces perturbations auxquelles je viens de faire allusion, apportées dans des actes saisissables de la nutrition, le système nerveux n'a-t-il pas joué un rôle actif? Et si, dans l'herpétisme, tel que le conçoit M. Lancereaux, nous ne retrouvons rien d'analogue à la glycémie et à l'uricémie, est-il certain que le sang ne s'y trouve pas altéré, d'une manière encore indéterminée? Car, dans toutes ces grandes altérations de l'économie, il est difficile de refuser une double part à ces deux systèmes universels de l'organisme, la sanguification et l'innervation.

Telles sont les réflexions auxquelles conduit le beau livre de M. Lancereaux, et que commande l'esprit général qui le domine. Le chapitre consacré au traitement de l'herpétisme ne fait que les confirmer.

Presque tout y est subordonné au traitement des troubles et des lésions reconnues. On traite à mesure ce qui se présente, suivant les indications de la forme et du moment. Il n'est plus question ici de ces médications quasi spécifiques, les alcalins pour ceci, l'arsenic pour cela, de l'école de Bazin. Celles-ci sont justement ramenées à leur rôle secondaire.

Ce n'est pas que le traitement prophylactique soit négligé. Mais il ne s'agit guère que de l'hygiène, dont on peut rapprocher ici, jusqu'à un certain point, l'hydrothérapie, à laquelle l'auteur fait une très juste part, et les eaux minérales appropriées, qui peuvent être employées d'une manière plus rationnelle qu'il ne paraît le penser.

Mais sous ce rapport, également, l'herpétisme de M. Lancereaux ne diffère guère des autres diathèses. Si l'hérédité et des

phénomènes significatifs mettent sur la trace de la scrofule, de la goutte, du diabète, de l'obésité, ou même si ces états existent manifestement, quelles ressources plus effectives que l'hygiène trouverons-nous à leur opposer? La matière médicale n'a à intervenir que contre les déterminations morbides particulières. Et c'est sur ce point encore que la syphilis se détache nettement des autres états diathésiques.

Maintenant, faut-il considérer la question de l'herpétisme comme fermée, c'est-à-dire définitivement résolue par l'œuvre considérable de M. Lancereaux; considérable non pas tant par son volume que par la somme d'observations et de travail qu'elle représente? Je ne le pense pas et je serais étonné que son auteur lui-même en fût pleinement convaincu. Il nous reste encore bien des notions à acquérir avant de pouvoir pénétrer jusqu'au fond de ces problèmes de pathogénie.

Le traité de l'herpétisme n'en est pas moins une œuvre de haute valeur. Il n'aurait fait que retirer de l'arthritisme et du rhumatisme toutes sortes d'états pathologiques qui n'y avaient que faire, qu'il aurait rendu un grand service. Mais il a une portée plus élevée. Il est un témoignage de réaction, non contre les idées très correctes qui sont professées aujourd'hui touchant la solidarité de la pathologie médicale et chirurgicale avec les grandes déviations de l'organisme, mais contre une nosologie qui est toute à refaire. Le livre de M. Lancereaux rendrait surtout de précieux services, si l'entraînement histologique laissait aux jeunes médecins le temps de méditer les questions capitales qu'il soulève et le loisir de s'attacher à leur étude.

MAX DURAND-FARDEL.

BIBLIOGRAPHIE

CLINIQUE DE L'HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES, par E. BOUCHUT. — Librairie J.-B. Baillière et fils. Paris, 1884.

Après de nombreuses années passées à l'hôpital des Enfants, M. Bouchut a réuni dans ce volume un certain nombre de ses leçons sur la pathologie infantile. Parmi l'immense quantité d'observations qu'il a recueillies dans sa longue pratique, l'auteur a fait un choix des sujets les plus intéressants, de ceux qui se dégagent de la banalité journalière et qui constituent pour le médecin un enseignement des plus fructueux. Comme il le dit lui-même, autre chose est de décrire la pneumonie pour en donner aux élèves l'idée la plus conforme aux lésions et aux symptômes ordinaires, et autre chose est de décrire ce que peut être un pneumonique avec ce qu'il offre si souvent d'exceptionnel. On pourrait en dire autant de toutes les maladies. C'est en effet à la clinique, à la clinique seule, qu'appartient la connaissance de l'individualité morbide. Deux malades atteints de la même affection ne se ressemblent jamais absolument, et, alors même que l'évolution du processus morbide offre les plus grandes analogies, un esprit chercheur trouvera toujours des différences et des nuances qui, dans beaucoup de cas, peuvent exercer une influence capitale sur le pronostic et le traitement.

A ce titre, le livre de M. Bouchut mérite toute l'attention du public médical, et sa lecture profitera non seulement aux étudiants, mais encore à tous les praticiens vraiment dignes de ce nom. Ils y puiseront bien des notions utiles qu'ils ne trouveraient pas dans la plupart des livres classiques ordinaires

Parmi les sujets les plus originaux et qui se rapportent plus directement aux recherches personnelles de l'auteur, nous signalerons les suivants :

— Diagnostic de la méningite et des maladies cérébrales en général par l'examen ophthalmoscopique.

— Anesthésie du croup.

— Emploi de la pepsine végétale dans les dyspepsies et lientéries de l'enfance.

— Analyse du lait de femme par la numération des globules de beurre.

— Endocardite végétante des maladies aiguës ou infectieuses.

— Infarctus viscéraux et sous-cutanés de la diphthérite et du choléra.

— Modifications de l'urée dans le croup.

— Tubage du larynx dans le croup.

— Hématémèse et melæna chez les nouveau-nés.

— Anesthésie chloralique pour la thoracentèse chez les enfants.

— Etude statistique sur le traitement de la diphthérite et du croup par l'émétique et la trachéotomie dans le nouveau pavillon d'isolement créé à l'hôpital des Enfants.

— Métallothérapie chez les enfants.

Dr GASTON DECAISNE.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

DA DILATAÇÃO DO ESTOMAGO NOS CREANÇOS E SEU TRATAMENTO, par le docteur MONCORVO, in-8 de 80 pages.— Rio-de-Janeiro, Leuzinger et fils, 1883.

La dilatation de l'estomac, qui a été l'objet de tant de travaux, surtout depuis une dizaine d'années, n'avait pas été décrite jusqu'ici chez les enfants. Seul, Lafage, dans sa thèse (1881), cite un cas observé chez un sujet âgé de 10 ans. M. le docteur Moncorvo, dans d'intéressantes leçons professées à la Policlinique de Rio-de-Janeiro, a rapporté et étudié neuf faits de dilatation stomacale de l'enfance. Au point de vue de l'âge, ces cas se subdivisent ainsi : un enfant de 15 mois, quatre enfants de 2 ans, un enfant de 2 ans et demi, un de 3 ans 1/2, un de 4 ans et un de 13 ans. Cinq sujets appartiennent au sexe masculin et quatre au sexe féminin. Sept présentaient des signes bien accentués de syphilis héréditaire, six étaient sous l'influence de l'impaludisme; enfin l'un d'eux, outre des accidents de syphilis héréditaire, a présenté des symptômes non équivoques de tuberculose pulmonaire en pleine évolution. Chez tous ces malades, M. Moncorvo a donc noté la préexistence ou la coexistence d'états morbides généraux, qui, d'après les faits observés jusqu'ici chez l'adulte, constituent une condition favorable à l'ampliation de l'estomac.

Le défaut d'une bonne hygiène alimentaire (polyphagie, ingestion prématurée de substances peu digestives) étant une des principales causes des troubles digestifs qui ont provoqué la dilatation stomacale, la première indication dans le traitement consiste, d'après M. Moncorvo, à régulariser d'abord l'alimentation (lait, peptones). Viennent ensuite les agents thérapeutiques et le lavage de l'estomac.

Au nombre des agents thérapeutiques, M. Moncorvo préconise surtout le phosphate de chaux soit seul, soit associé au bicarbonate de soude; la noix vomique sous forme de gouttes amères de Baumé, l'acide chlorhydrique (quand il y a lientérie). Enfin M. Moncorvo insiste sur l'emploi de l'électrothérapie, dans le but de modifier avantageusement la tonicité de la tunique musculaire de l'estomac dilaté.

Dr PAUL FABRE (de Commentry).

FORMULAIRE

Pommade a l'acide borique contre l'eczéma, l'intertrigo, l'érythème des fesses chez les enfants

(Lucas-Championnière)

Rec. Acide borique finement pulvérisé. 6 grammes.
Vaseline........................ 30 —
M. s. a.

La préparation suivante a l'avantage de présenter une odeur agréable

(Delaporte)

Rec. Acide borique finement pulvérisé. 6 grammes.
Vaseline........................ 30 —
Baume du Pérou.. .... 0,50 centigrammes.
M. s. a.

Suppositoires a l'acide borique et a l'iodoforme, contre les hémorrhoïdes

Rec. Acide borique finement pulvérisé. 4 grammes.
Iodoforme....................... 0,75 centigrammes.
Beurre de cacao................. Q. S.
Pour f. s. a. 12 suppositoires.

Ouate a l'acide borique.

Rec. Ouate dégraissée... q s.
Acide borique..... 10 parties.
Eau............. 90 —

Faire dissoudre l'acide borique dans l'eau portée à 60o. Laisser la ouate s'imbiber du liquide jusqu'à saturation. Après l'avoir exprimée, la faire sécher et la conserver ensuite dans des flacons à large goulot.

(*Weekly Drug news and American Pharmacist.*)

E. R.

BULLETIN

La trichinose. — La loi sur les aliénés.

Parmi les questions, à l'ordre du jour de nos Sociétés savantes ou de nos Assemblées délibérantes, dont nous avons donné l'énumération dans le numéro du 5 janvier dernier, il en est deux qui ont été et sont encore plus spécialement débattues : la trichinose et la nouvelle loi sur les aliénés.

Relativement à la première, la discussion est close à l'Académie de médecine, et on a lu, dans le Compte rendu général des Académies et Sociétés médicales, les conclusions adoptées par la savante compagnie. Mais le débat a repris, ou plutôt continué dans une autre enceinte, devant la Société de médecine publique, où M. Paul Bert a présenté les propositions suivantes :

« 1° Les viandes de porc venant d'Amérique contiennent-elles des trichines? Dans quelle proportion se trouvent les viandes saines par rapport aux viandes trichinées?

« 2° A-t-on trouvé des trichines vivantes dans les viandes salées ou fumées venant d'Amérique?

« 3° La vitalité de ces trichines leur permet-elle de se développer dans l'intestin et les muscles des animaux auxquels on les fait ingérer?

« 4° Et, en particulier, pourraient-elles se développer chez l'homme?

« 5° Constituent-elles, par conséquent, un double danger : 1° par l'ingestion des rats et des autres animaux qui mangeraient les débris et deviendraient des foyers de trichines; 2° par l'ingestion qu'en pourrait faire l'homme sans leur avoir fait subir de préparation culinaire?

« 6° Les préparations culinaires habituelles détruisent-elles à coup sûr les trichines dans les viandes salées ou fumées?

« 7° La fumure tue-t-elle les trichines?

« 8° La salure tue-t-elle les trichines? Et au bout de combien de temps et dans quelles conditions précises d'addition de sel? Si oui, à quels signes précis peut-on reconnaître qu'une viande salée importée est devenue inoffensive?

« 9° Dans quelle mesure l'examen microscopique, à l'entrée en France, pourrait-il mettre à l'abri de l'importation des trichines?

« 10° Que peut-on espérer de l'emploi des basses températures?

« 11° Quelles mesures pourrait-on demander au gouvernement américain de prendre pour éviter l'envoi en Europe d'animaux infestés?

« Si l'on ne peut, ajoute M. Paul Bert, répondre avec certitude à ces diverses questions, on n'est pas autorisé à donner un avis scientifique. Il faut donc attendre, pour autoriser les importations, que ces problèmes soient résolus. »

Là véritablement est le nœud de la question, et on le tranche d'une manière différente, suivant le point de vue auquel on se place.

L'Académie de médecine a parfaitement reconnu que le problème scientifique n'est pas résolu : la cinquième conclusion du rapport de la commission, que l'Académie a repoussée uniquement pour ne pas affaiblir la portée des autres, le prouve, et nous ne doutons pas que la savante compagnie n'acceptât, pour les expériences dont le vœu est exprimé dans cette conclusion, le programme tracé dans les propositions de M. Bert. Donc, sur le terrain scientifique, pas de divergence.

Mais, en attendant que la science ait dit son dernier mot, que faire? Maintenir la prohibition des viandes américaines, répond M. Bert; lever l'interdiction, a répondu l'Académie.

Si, partant comme prémisses de notre ignorance sur la plupart des points indiqués plus haut, on s'en tient aux règles d'une rigoureuse logique, M. Bert a raison. Mais qui ne sait que, dans la pratique, les rigueurs de la logique doivent subir de fréquents tempéraments? Dans l'espèce, le danger des viandes en suspicion est-il réel, est-il démontré par des faits positifs? Quelle en est la fréquence? Quelle en est la gravité? C'est à ce point de vue pratique ou empirique que l'Académie a envisagé la question et comme, en France du moins, on n'a pu, en dehors des cas de Crespy-en-Valois, relever d'autres faits avéré de trichinose, malgré l'importation de porcs trichinées d'Amérique, d'Allemagne ou d'ailleurs, la savante compagnie a pu conclure que l'usage de la viande de ces animaux ne constitue pas une menace pour la santé publique.

En résumé, au point de vue exclusivement scientifique, la question demande de nouvelles recherches; au point de vue hygiénique, elle peut recevoir en attendant la solution proposée par l'Académie; au point de vue économique, c'est au Parlement de juger et de décider.

— Il est peu de lois qui, depuis cinquante ans, aient plus vivement préoccupé l'opinion publique que la loi relative aux aliénés; c'est qu'elle touche à un droit dont nous sommes à juste titre le plus jaloux : la liberté individuelle.

La loi de 1838, malgré les attaques nombreuses et passion-

nées dont elle a été l'objet, est certainement l'une des œuvres les moins imparfaites sorties des délibérations de nos législateurs ; si quelques points peuvent être améliorés, le principe et les dispositions principales ne sauraient être modifiés sans dommage pour ceux-là mêmes qu'on désire protéger. C'est là l'opinion générale, on peut dire unanime des médecins aliénistes, dont la compétence en la matière égale le talent et l'honorabilité.

Quoi qu'il en soit, il était difficile de ne pas donner, tôt ou tard, satisfaction à l'opinion publique, en soumettant à un nouvel examen la législation de 1838. Le Sénat, saisi de la question, l'a renvoyée à l'étude d'une commission qui, de son côté, a cru devoir prendre l'avis de l'Académie de médecine. Le COMPTE RENDU GÉNÉRAL DES ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS MÉDICALES a publié les conclusions du rapport de M. Blanche et une analyse de la discussion qui a suivi cette lecture, discussion à laquelle ont pris part jusqu'à présent MM. Billod, Luys et Mesnet.

La commission chargée d'élaborer le nouveau projet de loi, composée principalement de sénateurs, de députés, de magistrats, de jurisconsultes, d'administrateurs, ne comptant enfin que quelques médecins, semble avoir eu avant tout pour objectif de prévenir les séquestrations arbitraires, thème de toutes les attaques dirigées contre la législation de 1838.

La commission de l'Académie de médecine, composée exclusivement de médecins et, sauf un membre, de médecins aliénistes, a tenu de son côté à protester contre la sorte de suspicion qui, par le fait même de ces incriminations de séquestration arbitraire, vient frapper un groupe honorable de médecins. Cette protestation, un peu timide et réservée de la part de MM. Blanche et Billod, a été plus fortement accentuée par MM. Luys et Mesnet. Ces deux derniers orateurs ont été d'autant mieux autorisés à exprimer nettement leur opinion qu'en définitive, dans l'espèce, la défense des prérogatives et de la dignité du médecin se confond intimement avec celle des intérêts bien compris du malade.

Il ne faut pas oublier, en effet, que l'aliéné est avant tout un malade; secondairement, et par le fait de sa maladie spéciale, l'aliéné est un mineur et, dans certains cas, il peut devenir dangereux pour lui-même, pour son entourage, pour la société.

En tant que malade, l'aliéné doit dépendre exclusivement du médecin. A ce dernier seul appartient de porter en toute connaissance de cause un diagnostic, un pronostic, d'instituer un régime, un traitement, d'apprécier l'opportunité de l'admission, du maintien, de la sortie de l'aliéné. Il ne saurait suffire évidemment de revêtir la robe d'un magistrat ou l'habit brodé d'un préfet, pour être en état, par une sorte d'intuition, de résoudre des questions de pratique médicale qui exigent de longues années d'étude et de patiente observation.

Mais l'aliéné perd sa liberté ; il est dans l'impuissance de gérer ses affaires ; il peut troubler l'ordre public et devenir dangereux pour lui et ceux qui l'entourent : ici interviennent l'autorité administrative et l'autorité judiciaire pour prendre, dans l'intérêt de tous, des mesures efficaces de sauvegarde et de protection. Et nous croyons, à ce sujet, que les médecins aliénistes devront accepter d'autant plus largement les dispositions d'une surveillance et d'un contrôle propres à donner entière satisfaction à l'opinion publique, qu'ils auront montré plus de fermeté à revendiquer la part de direction et d'influence qui leur revient.

Les trois éléments mis en présence par la loi débattue, élément médical, élément administratif, élément judiciaire, ont ainsi chacun leur sphère d'action spéciale. Envisagés de haut, et comme ils doivent l'être, ils ne sauraient donc entrer en conflit; ils n'ont même pas, à vrai dire, de concession à se faire, et il leur est facile de s'entendre, en dehors de tout parti pris, pour poursuivre et atteindre le but commun.

Nous nous bornons, pour aujourd'hui, à ces quelques principes généraux. La suite de la discussion nous fournira l'occasion de revenir sur certains points particuliers.

D[r] F. DE RANSE.

NOTES & INFORMATIONS

— LA CAISSE DE PENSIONS DU CORPS MÉDICAL BELGE. — Cette caisse, au 6 février dernier, possédait à son actif un capital de 527,632 fr. 32. Depuis le 15 novembre dernier, elle a servi à ses pensionnés une somme de 49,145 fr. 57. Deux pensions seulement n'ont pas été réclamées. A la même date du 6 février, la caisse de secours avait en valeurs ou en caisse une somme de 4,664 fr. 23.

— Les cas de béribéri qui sévissent au Brésil sont loin de diminuer. L'escadre d'évolution vient de traverser une épidémie des plus graves (d'après les ARCHIVES DE MÉDECINE NAVALE de février). L'opinion générale semble considérer l'humidité comme la cause du développement de la maladie.

— Tandis que dans son rapport à l'Académie de médecine M. le docteur J. Rochard faisait de sérieuses réserves sur la prétendue découverte de M. de Lacerda du microbe du béribéri, M. de Lacerda recevait du gouvernement brésilien un prix de 20,000 francs pour avoir découvert que le permanganate de potasse est l'antidote des morsures de serpents venimeux. On peut donc être bon prophète en son pays... et prophète un peu discuté à l'étranger.

R. F. D.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Le docteur Elisha Harris vient de mourir au commencement de février, à Albany. Le docteur Harris est l'auteur d'un grand nombre de publications, relatives pour la plupart à l'hygiène, à la philanthropie et à la statistique. — Il était né en 1824. (D'après THE MEDICAL RECORD, du 9 février.)

— Le docteur Marmy, ancien inspecteur du service de santé militaire, vient aussi de mourir. Il était président de l'Académie des sciences, belles-lettres et arts de Lyon.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. le professeur Denucé est maintenu pour cinq ans dans ses fonctions de doyen.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — La chaire d'anatomie pathologique ayant été déclarée vacante, la Faculté présente : en première ligne, M. Raymond Tripier ; en seconde ligne, M. Paul Colrat.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. le docteur Colas est nommé chef de clinique médicale en remplacement de M. Lober, dont le temps de service est expiré.

ECOLE DE MÉDECINE DE CAEN. — M. Pauchon, docteur ès sciences, est chargé du cours de physique.

ECOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — M. le docteur Lévy est nommé chef de clinique chirurgicale (emploi nouveau).

M. le docteur Saliéges est nommé chef de clinique médicale (emploi nouveau).

***

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — Par décret, en date du 12 février 1884, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

au grade de médecin en chef, M. Thomas, médecin professeur; au grade de médecin principal, M. Pougny, médecin de première classe.

***

INSPECTION DES VIANDES SALÉES. — M. le ministre du commerce a déposé sur le bureau de la Chambre un projet de loi relatif à l'inspection des viandes salées de provenance américaine. Ce projet porte que cette inspection sera faite, non sous le contrôle des chambres de commerce ou des municipalités, mais sous celui de l'Etat.

TRAVAUX DE LA COMMISSION SÉNATORIALE POUR LES ALIÉNÉS. — La commission du Sénat, relative aux aliénés, réunie sous la présidence de M. Delsol, a décidé que lorsqu'un accusé aurait été renvoyé de l'accusation comme irresponsable, la juridiction qui l'aurait acquitté aurait qualité pour statuer immédiatement sur son envoi dans une maison d'aliénés.

— Cette même commission s'est entretenue du voyage que quelques-uns des commissaires ont fait, récemment, à Gaillon Ils ont visité le quartier des aliénés criminels, le seul de ce genre qui existe en France. L'organisation de ce quartier, sans égaler celle des établissements analogues d'Angleterre, visités par la commission en septembre, a semblé aux commissaires présenter toutes les garanties désirables.

PROJET DE LOI RELATIF A L'INSPECTION DES PHARMACIES. — Le gouvernement vient de soumettre aux Chambres un projet de loi qui, tout en conservant les dispositions de la règlementation actuelle sur l'inspection des pharmacies, en confie l'exécution à un corps d'inspecteurs nommés par le ministre du commerce et vraisemblablement hiérarchisés.

La création d'un corps d'inspecteurs semble devoir soulever parmi les pharmaciens de vives réclamations.

— Par décision des ministres de l'instruction publique et du commerce, le nouveau *Codex medicamentarius* sera et demeurera obligatoire pour les pharmaciens à partir du 15 mars 1884.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 8 AU JEUDI 14 FÉVRIER 1884.

Fièvre typhoïde 26. — Variole 2. — Rougeole 30. — Scarlatine 3. — Coqueluche 10. — Diphtérie, croup 60.— Dysentérie 0. — Erysipèle 2. — Infections puerpérales 5. — Autres affections épidémiques 0.— Méningite (tubercul. et aiguë) 43. — Phthisie pulmonaire 204.— Autres tuberculoses 17. —Autres affections générales 65. — Malformation et débilité des âges extrêmes 77. — Bronchite aiguë 33. — Pneumonie 80. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés: au biberon 39, — au sein et mixte 26. — Inconnu 5. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 101.— de l'appareil circulatoire 81. — de l'appareil respiratoire 79. — de l'appareil digestif 54. — de l'appareil génito-urinaire 24. — de la peau et du tissu lamineux 4. — des os, articulations et muscles 9. — Après traumatisme: Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 31. — Causes non classées 4. — Total de la semaine: 1114 décès.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

55e année, 7e série, Tome Ier. N° 9 1er MARS 1884

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE ;**
Membres : MM. les Drs **J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN ;**
Secrétaire : M. le Dr **E. BICKLIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.**

CLINIQUE MÉDICALE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'APHASIE, par M. F. BALZER, médecin des hôpitaux.

Les observations bien caractéristiques des diverses formes d'aphasie sont encore rares ; la grande majorité des cas sont complexes, obscurcis par des désordres qui viennent compliquer l'aphasie et augmenter les difficultés d'une analyse rigoureuse. Les deux faits que nous publions appartiennent, nous le disons tout d'abord, à cette dernière catégorie et, tout en fournissant plusieurs données assez précises, offrent d'un autre côté des imperfections et des lacunes.

Nous nous contenterons de les publier avec les commentaires strictement indispensables, renvoyant le lecteur pour l'étude de ces questions aux ouvrages de Küssmaul et aux leçons de M. Charcot parues dans le PROGRÈS MÉDICAL et résumées par M. Marie dans la REVUE MENSUELLE de 1883 (1).

OBS. I. — Flory (Joseph), lampiste, âgé de 62 ans, né en Alsace, entre à l'hôpital Saint-Louis le 11 novembre 1882, présentant une aphasie datant déjà de huit mois.

Avant le début des accidents actuels, il s'est toujours bien porté. C'était un homme actif, laborieux, très préoccupé de ses affaires et de ses travaux. Il y a six ans environ, il commença à avoir des vertiges de plus en plus fréquents et qui duraient souvent plusieurs secondes.

Au mois de mars 1882, il fut pris d'une attaque subite pendant son repas du soir. Sa femme raconte qu'elle le vit pâlir tout à coup, baisser la tête et rester immobile ; on l'interpelle en vain et l'on s'aperçoit qu'il chiffonne sa serviette d'un mouvement automatique. Il n'y a pas eu d'hémiplégie droite complète, mais le travail fut dès lors impossible et le malade traînait un peu la jambe en marchant. La parole devint également impossible ; le malade reconnaissait les personnes et les objets, ainsi que leurs noms, quand on les prononçait devant lui, mais son vocabulaire se bornait à quelques mots.

Son état cependant s'améliora graduellement : il passa quelque temps en Alsace et à son retour il ne présentait plus aucun symptôme d'hémiplégie. Mais l'aphasie était restée telle qu'elle était au moment de l'attaque.

Au moment de son entrée, nous constatons que l'intelligence des mots paraît fortement compromise ; très souvent il paraît comprendre, mais ses réponses parlées ou mimées sont rarement satisfaisantes. Il ne comprend assez bien que ce qui se rapporte à ses besoins du moment et aussi certaines questions toujours les mêmes. Si on lui demande comment il se trouve, il répond toujours : « Ça va bien ; un petit mieux ». Ce sont là ses expressions favorites. Mais il ne peut trouver le nom des objets qu'on lui montre ; il fait pour le dire des essais toujours infructueux. Si on le lui dit,

(1) Voir aussi sur le même sujet, dans la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, les revues de M. de Ranse (1883), de M. Mathieu, dans les ARCH. DE MÉD. (1881), de M. Dreyfus-Brisac (GAZ. HEBD., 1881), de MM. Charcot et Pitres (REV. DE MÉD., 1883).

FEUILLETON

TABEMONO (choses à manger) DU JAPON,
par M. CH. RÉMY, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Un pur Japonais, strict observateur des traditions nationales, choisit ses aliments presque exclusivement dans les végétaux et les poissons. Les œufs, le lait et le gibier n'y entrent qu'accessoirement.

Toute autre viande restait jadis sans emploi ; elle était bonne pour les chiens, et on comprend de quelle comparaison méprisante les Européens qui s'en nourrissaient étaient l'objet, avant que la Révolution n'ait modifié ces opinions.

Maintenant le beefsteack commence à faire son chemin dans la population japonaise ; il est obligatoire dans l'armée, il est de bon ton dans les classes supérieures de la société, prise aujourd'hui d'engouement pour tout ce qui vient d'Europe, sciences ou cuisine. Néanmoins l'usage de la viande de boucherie est encore peu répandu (1).

On n'élève au Japon que l'espèce bovine et quelques oiseaux de basse-cour. Van Buren estime qu'il existe à peine un million de têtes de bétail à répartir sur une population de 33 millions d'habitants. Les vaches sont seules bonnes pour l'alimentation, car les mâles ne sont pas castrés. On abat annuellement 36,000 bêtes. De cette quantité, la moitié est consommée par les Européens, une bonne partie de l'autre moitié est mangée par ordre dans l'armée et la marine japonaises ; il reste peu de chose pour la population civile.

La basse-cour se compose de quelques volatiles, ordinairement coqs et poules, emprisonnés à perpétuité par paires sous une cage. C'est une maigre ressource. Le mouton et le porc sont inconnus dans la contrée ; on les tire de Chine.

On a dit que l'espèce ovine ne pouvait s'acclimater au Japon et

(1) Van Buren, consul d'Amérique, a fait imprimer à Yokohama un court travail sur ce sujet : *The food of the Japanese people*, 1881.

il fait aussitôt un signe affirmatif et satisfait : « Oui, dit-il, c'est ça. »

Si on lui demande son nom, il le cherche sans pouvoir le trouver. Si on le prononce, il s'écrie : « C'est ça, c'est bien ». Veut-on lui faire répéter immédiatement, il n'y parvient pas. Il faut le prononcer plusieurs fois devant lui, et quand, à un moment donné, il arrive à le répéter à son tour, il l'oublie de nouveau presque instantanément. Ces essais le fatiguent rapidement et l'irritent quelquefois. Il jure alors en allemand, mais il est aphasique pour cette langue aussi bien que pour le français.

L'écriture n'est plus qu'un griffonnage informe. Il lui est impossible de *lire*.

La *glosso-ataxie* se présente chez lui d'une manière remarquable. Si on lui commande de tirer la langue, il ouvre largement la bouche, la langue se pelotonne contre le voile du palais. Le malade ne se rend pas compte de cette situation de la langue ; si l'on insiste, après plusieurs essais, il parvient à la projeter brusquement hors de la bouche ; mais quelquefois il ne peut y parvenir. Pourtant il n'y a ni paralysie ni déformation de la langue ; tous les mouvements de mastication et de déglutition s'exécutent parfaitement.

A ce moment, il n'existe aucun signe bien accusé de paralysie du côté des membres ; le malade est débile et faible ; mais il n'y a pas d'hémiplégie manifeste. Pas de déviation faciale ; pas de troubles de la sensibilité ; les réflexes sont normaux ou très peu exagérés.

L'état général est passable. Le malade mange bien, mais il dort mal. Il passe du reste les journées et surtout les nuits dans un état d'agitation incessante. Il se lève, se recouche, se relève, urine à tout instant.

Dans les premiers jours du mois de mars, la parole paraît s'embarrasser davantage ; il devient plus mélancolique. Le 25 mars, on constate un œdème des malléoles et on trouve au cœur un bruit de souffle au premier temps et à la pointe. Il n'y a pas d'albumine dans l'urine. Cet état n'est pas amélioré par l'emploi de la digitale.

Le 20 avril, on trouve un purpura en petites plaques occupant le cou-de-pied et le genou gauche.

Dans le cours du mois de mai, l'affaiblissement progresse, le malade est de plus en plus agité et mélancolique. L'appétit se perd ; il maigrit. Il a des hémorrhoïdes volumineuses qui saignent fréquemment, que l'on réduit tous les jours, mais qui ne tardent pas à sortir de nouveau. Il a de faux besoins continuels et très pénibles.

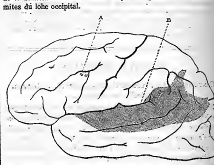
Le 7 juin, on trouve des signes de congestion pulmonaire du côté gauche. Malgré les ventouses sèches, le kermès et la digitale, la dyspnée va sans cesse en augmentant. Il dépérit de jour en jour et succombe le 2 juillet 1883, à sept heures du soir.

AUTOPSIE. — Poumons : congestion chronique aux deux bases.
Cœur. — Surchargé de tissu adipeux ; pas de lésion valvulaire.
Reins. — Sclérosés sans atrophie.
Foie et rate. — Normaux.

ENCÉPHALE. — L'hémisphère droit est sain.
Sur l'hémisphère gauche, on trouve :

1° Deux petites plaques jaunes très superficielles, d'un millimètre carré à peine, à l'angle supérieur et postérieur de la troisième circonvolution frontale, tout près du sillon qui la sépare de la deuxième frontale.

2° Un immense foyer de ramollissement cortical, anfractueux et irrégulier, occupant presque toute la *première circonvolution temporale*, la *scissure parallèle* et le *bord supérieur de la deuxième circonvolution temporale*, et d'autre part se prolongeant en arrière de manière à atteindre en haut la *partie inférieure du lobule pariétal inférieur et du pli courbe* et en bas la *partie postérieure de la deuxième circonvolution temporale*, pour s'arrêter aux limites du lobe occipital.



(D'après le schéma de P. Richer.)

A. Petites plaques jaunes.
B. Vaste ramollissement occupant le territoire des artères pariéto-sphénoïdales.

Ce vaste foyer occupe en somme toute la lèvre inférieure de la scissure de Sylvius, depuis la troisième circonvolution frontale, où il commence en pointe pour aller en s'élargissant, jusqu'au lobe

---

Godet (1) s'appuie sur quelques expériences pour soutenir cette opinion. Mais les premiers expérimentateurs me paraissent avoir conclu hâtivement, car de nouveaux essais faits dans les écoles d'agriculture ont au contraire donné des résultats favorables, si j'en dois croire le directeur de l'une d'elles à Komaba.

Malgré son abondance, le gibier est, à cause des lois sur la chasse, réservé à un petit nombre de privilégiés de la fortune. Les œufs ne sont pas en grande quantité. Le lait est presque considéré comme un médicament.

Au contraire de toutes les espèces animales terrestres que nous avons vues jusqu'ici, le poisson joue un rôle excessivement important dans l'alimentation japonaise. Les côtes et les rivières des diverses îles de l'empire sont très poissonneuses ; les marchés regorgent. Plus de 200 espèces peuvent être employées, et il faut encore y ajouter une grande variété de mollusques, crustacés et rayonnés. Je citerai seulement à titre de curiosité le requin parmi les poissons et l'holoturie parmi les échinodermes. Une grande partie du poisson est conservée par salaison ou dessiccation au soleil, puis expédiée dans l'intérieur.

(1) Godet. *Sur l'hygiène du Japon*. THÈSE DE PARIS, 1880.

On estime, dit Van Buren, que la moitié de la population se nourrit quotidiennement de poisson et que les plus malheureux habitants peuvent en manger plusieurs fois par mois.

Les végétaux sont encore plus importants que les poissons puisqu'ils constituent la seule alimentation que puissent s'offrir bon nombre d'habitants. La variété de mets que l'industrie de ce peuple en a su tirer est un sujet d'étonnement. Ed. Kinch a pu dresser une liste de plus de 400 espèces comestibles, sans y comprendre les plantes marines (1).

Bælz, sur le même sujet, s'exprime ainsi (2) :

« Il n'y a peut-être pas de pays au monde qui ait une aussi bonne nourriture que le Japon, même pour les basses classes. »

Van Buren a publié d'après Kinch une très longue liste de toutes les espèces végétales sous le titre de *List of plants used for food*

(1) *A classified catalogue of a collection of agricultural products exhibited in the Sydney international exhibition by the imperial college of agriculture Tokio, Japan*. TRANSACT. OF THE ASIATIC SOCIETY OF JAPAN. VIII 3.

(2) *Deutche Gesellschaft für Natur Volkerkunde Ostasiens*. Avril 1882.

occipital. Le bord supérieur de la scissure de Sylvius et notamment le lobule de l'insula sont sains.

Il occupe donc manifestement le département irrigué par la quatrième branche de l'artère sylvienne. Cette artère se voit d'ailleurs avec une grande facilité, car elle est *calcifiée* dans presque toute sa longueur. Elle est complètement oblitérée et à son niveau la pie-mère est adhérente à la plaque de ramollissement cortical sous-jacent. Cette plaque offre des parties grisâtres ramollies et des parties jaunes manifestement indurées.

Les coupes verticales ne démontrent aucune lésion des circonvolutions frontales; elles font voir que le vaste ramollissement décrit est purement cortical; les noyaux centraux sont sains.

Ce cas diffère à certains égards de ceux qui ont été publiés par divers auteurs, et notamment de celui qu'ont observé MM. d'Heilly et Chantemesse, Chauffard, Giraudeau, etc... Mais les lésions étaient trop étendues pour ne pas donner lieu à des phénomènes très complexes. Il y avait en effet chez ce malade altération des centres de transmission et de réception, c'est-à-dire à la fois *surdité* et *cécité verbales*, incomplètes il est vrai, et de plus *aphasie motrice* et *agraphie;* d'autre part, il y avait *glosso-ataxie* et enfin un degré très accusé d'obtusion intellectuelle et d'*amnésie générale*. C'était en un mot un exemple remarquable du type commun d'aphasie complexe qui comprend, comme le dit M. Charcot, l'*aphasie motrice avec un certain degré de surdité et de cécité verbales et d'amnésie générale*.

Il est vrai que l'aphasie motrice est plus particulièrement dépendante des lésions de la troisième circonvolution frontale. Or, comme on le peut voir, les deux foyers de ramollissement qui occupent cette circonvolution sont extrêmement petits et la lésion porte surtout sur la première circonvolution temporale, le lobule pariétal et le pli courbe.

Il y avait bien surdité et cécité verbales incomplètes correspondant à cette vaste lésion; mais ne peut-on pas se demander si l'aphasie motrice, si saillante chez notre malade, n'en dépendait pas également, au moins pour la plus grande part?

Il s'agit donc là d'un cas dans lequel se trouvent compromises la plupart des opérations du langage. On conçoit *à priori* que des lésions plus étendues encore, intéressant tous les centres qui président à ces opérations, doivent fatalement produire leur suppression complète et en quelque sorte isoler le malade en empêchant à la fois la possibilité des phénomènes de réception et de transmission des signes du langage.

Cette interprétation nous paraît devoir s'appliquer aux cas que nous allons rapporter et dans lesquels la suppression des opérations du langage a été déterminée par une méningite.

(A suivre.)

REVUE D'HYGIÈNE

I. DES CAUSES DE LA DÉCROISSANCE D'EFFICACITÉ DE LA VACCINATION, d'après M. ALPH. DE CANDOLLE (1).—II. DE L'INFLUENCE DES CLIMATS ET DES RACES SUR LA FRÉQUENCE DE LA LITHIASE URINAIRE (2). — III. TRANSMISSIBILITÉ DE LA TUBERCULOSE PAR LE LAIT (3). — IV. DE LA PRÉSENCE DES BACTÉRIDIES CHARBONNEUSES DANS LE LAIT DES ANIMAUX ATTEINTS DU CHARBON (4).— V. SUBSTITUTION, A L'INHUMATION ET A LA CRÉMATION DES CADAVRES, D'UN NOUVEAU PROCÉDÉ DE MOMIFICATION DÉTRUISANT LES GERMES CONTAGIEUX (5).

I. Si nous en croyons M. de Candollé, après deux et même trois générations vaccinées, la population européenne, ayant été faiblement exposée à la variole, se rapprocherait des conditions d'une population dans laquelle cette fièvre éruptive fait invasion pour la première fois. Tel moyen d'y résister, qui pouvait suffire il y a cinquante ans, doit être aujourd'hui devenu moins efficace.

Pour M. de Candolle, l'hérédité et la sélection produiraient une alternance d'intensité dans les maladies. Cette alternance serait d'autant plus marquée quand il s'agit d'une maladie plus meurtrière et qui atteint plus particulièrement la jeunesse. Enfin les moyens curatifs ou préventifs qui peuvent suffire dans les périodes d'atténuation d'une maladie perdraient une partie de leur efficacité dans les périodes d'aggravation, et ce

(1) REVUE D'HYGIÈNE ET DE POLICE SANITAIRE, 1883, n° 7.

(2) Par M. le docteur H. Rey, *in* ANNALES D'HYGIÈNE ET DE MÉDECINE LÉGALE, juillet et août, 1883.

(3) Article de M. le docteur E. Richard, *in* REVUE D'HYGIÈNE, 1884, n° 1.

(4) Par MM. Chambrelent et A. Moussous, REVUE SANITAIRE DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST, 25 décembre 1883.

(5) Mémoire lu par M. Ch. Depérais à l'Institut royal d'encouragement de Naples (Séance du 5 avril 1883).

---

or from wich food is obtained in Japan, mais il n'a pas établi les distinctions nécessaires parmi elles; aussi ai-je dû, en m'aidant des conseils de plusieurs Japonais, en supprimer beaucoup à cause de leur rareté; je ne tiendrai compte que de celles qui sont vulgairement connues à Tokio.

Au lieu de les présenter par famille je les classerai d'après la partie de la plante employée en cuisine, savoir : racines, tiges, feuilles, fleurs, graines et fruits. Les plantes très communes seront précédées d'un astérisque.

RACINES dans lesquelles je comprends les rhizomes, les tubercules et les bulbes :

	NOMS JAPONAIS
Nelumbo nucifera, lotus	Hasu Hachisu.
*Cochlearia wasabi	Wasabi.
*Brassica rapa	Kabu.
*Raphanus sativus, radis	Daicon.
*Lappa major, bardane	Gobo.
*Patatas edulis, patate	Satsuma imo.
Stachys japonica	Chorogi.
*Arum dracunculus	Konniyaku.
*Colocasia antiquorum	Sato-imo.
Sagittaria sagittifolia	Kuwai.
*Zingiber officinalis	Mioga.
*Dioscorea japonica, igname de la Chine.	Yamano imo.
Erythronium dens canis, orythia edulis.	
Lilium superbum, speciosum, auratum, tigrinum, bulbiferum, japonicum, callosum, candidum, cordifolium, pomponium.	
Scirpus articulatus	Kuro kuwai.

De cette série je dois détacher spécialement le Daicon ou radis géant. Long et gros comme le bras, il fait partie de tous les repas, soit cru, soit salé ou dans la saumure. La patate, le sato-imo, viennent après comme importance. L'igname, le lotus, l'arum, la bardane, la sagittaire, le gingembre, l'oignon, l'ail et l'échalotte sont d'un fréquent usage. Les bulbes de lys sont beaucoup moins usités.

TIGES. — Elles appartiennent pour la plupart à des plantes inconnues ou non employées chez nous, à l'exception du céleri, importé par les Hollandais mais naturalisé, et des jeunes pousses de bambous atrophiées artificiellement.

Ces dernières, sous le nom de Take-noke, constituent un mets savoureux.

serait le cas particulier de la vaccine relativement à la variole.

Les ouvrages de Darwin étant aujourd'hui connus de tous les médecins, il est probable que plusieurs d'entre eux ont pensé à l'effet de la sélection sur les variations d'intensité des maladies. Il est douteux cependant qu'ils aient fait attention aux conséquences relatives à la vaccination. C'est ce qui a engagé M. de Candolle à faire ressortir une application nouvelle des idées du célèbre naturaliste anglais.

II. — Les conditions climatériques, s'est demandé M. H. Rey, ont-elles une influence déterminée sur la production des calculs vésicaux ?

Pendant longtemps on a cru que l'habitation dans les climats froids et humides (Hollande, Angleterre) prédisposait à la formation de la pierre vésicale ; mais ce que l'on sait aujourd'hui de la fréquence de la maladie calculeuse dans les pays chauds (Egypte, Soudan, Indes Orientales) suffit pour faire voir combien cette opinion est erronée. D'autre part, cette maladie est devenue, de nos jours, positivement moins fréquente en certaines régions (Pays-Bas) que pendant le siècle passé, bien que les conditions de climat n'y aient pas changé. D'autre part, dans des pays tout aussi humides que la Hollande, dans la Norwège, l'Allemagne septentrionale, l'Amérique du Nord, par exemple, les calculs vésicaux se rencontrent très rarement.

Bien plus, dans deux provinces d'un même Etat, telles que l'Estramadure et la Castille, soumises aux mêmes influences climatériques, on a constaté que la lithiase urinaire est fréquente dans la première, et très rare dans la seconde.

De l'étude extrêmement intéressante à laquelle M. Rey s'est livré, il ressort donc cette conclusion que l'influence des conditions climatériques sur la formation des calculs vésicaux est nulle ou tout au moins fort problématique.

Cette fréquence absolue de la pierre dans certains pays ne peut-elle être considérée comme due à une prédisposition inhérente à la race ? M. Rey répond encore négativement.

Mais si, au lieu de demander à des influences de climat, de race, etc., les origines de la lithiase, on se contente de rechercher les circonstances qui peuvent avoir pour résultat d'empêcher l'exonération complète de la vessie (attitude vicieuse, etc.), l'observation peut fort bien révéler chez telle population disposée à la pierre des influences spéciales.

La part des conditions étiologiques directes ainsi faite, il conviendrait de rechercher celle qui dérive des conditions indirectes, à savoir : l'hérédité, la manière de vivre et particulièrement le mode d'alimentation. Il est probable qu'une enquête dirigée dans ce sens amènerait bientôt, d'après M. Rey, à reconnaître que les influences de climat, de localité, de race sur la production de la maladie calculeuse, se réduisent à une question d'hygiène et d'hérédité. Et l'on s'expliquerait ainsi, par les progrès de l'hygiène et du bien-être en certaines régions (en Hollande, par exemple), la moindre fréquence de la lithiase urinaire aux temps présents qu'autrefois.

III. — M. le docteur May (*Ueber die Infectiosaet der Milch perlsüchtiger Kühe*, in ARCHIV FÜR HYGIEN, 1883, t. I, p. 121) vient d'exécuter à Munich, dans le laboratoire de M. le professeur Bollinger, une série d'expériences ayant pour but de répondre à ces deux questions : 1º le danger de l'infection tuberculeuse par le lait est-il aussi grand qu'on l'a prétendu ? 2 la cuisson détruit-elle la virulence du lait tuberculeux ? Les expériences s'élèvent à 28, et bien qu'il n'ait jamais pu découvrir un seul bacille dans le lait des vaches pommelières, M. le docteur May résume ainsi ses recherches :

1º Le danger de l'infection tuberculeuse par le lait est réel, mais loin d'être aussi grand qu'on a bien voulu le dire ;

2º Le lait des vaches pommelières est inoffensif, tant que la tuberculose reste locale ; il ne devient virulent que lorsqu'elle est générale et alors il l'est même dans les cas où aucune tubercule ne se rencontre dans l'épaisseur des mamelles ;

3º La cuisson du lait, telle qu'elle est pratiquée usuellement, suffit pour lui enlever sa virulence tuberculeuse, et on peut affirmer l'innocuité du lait bouilli, quelle que soit sa provenance (1).

IV. — D'autre part, MM. Chambrelent et A. Moussous ont communiqué à la Société d'hygiène publique de Bordeaux leurs recherches sur la présence des bactéridies charbonneuses dans le lait des animaux atteints de charbon, et sur les conséquences qui en résultent au point de vue de l'hygiène alimentaire. M. Pasteur avait d'ailleurs fait déjà des expériences décisives à ce sujet ; s'il a pu nourrir, sans amener

(1) Consulter sur la tuberculose des animaux relativement à l'hygiène alimentaire, un travail de M. le docteur I. Nosotti. (GIORNALE DELLA R. SOC. ITAL. D'IGIENE, 1883, p. 618).

Brasenia peltata		Junsai.
Euryale ferox		Midzubuki.
Apium graveolens, céleri hollandais		Oranda mitsuba.
•Sium canadense		Mitsuba.
•Œnanthe stolonifera		Seri.
•Aralia edulis		Udo.
•Tussilago petasites		Fuki.
•Tussilago japonica		Gobo.
Sborgum saccharatum		
Saccharum officinarum		Kanshio.
•Bambusa puperbula	bambous	Take-noko.
— arundinacea	bambous	Take-noko.
— nana	bambous	Take-noko.
— floribunda	bambous	Take-noko.
— kumarasa	bambous	Take-noko.

FEUILLES. — Quelques-unes, comme le pissenlit, la laitue et les épinards, ne méritent pas une attention particulière. Parmi les autres dont l'emploi est négligé chez nous, il faut citer les feuilles de chrysanthème, d'armoise, de liseron, de fougère, de moutarde, de radis, divers lichens, des algues marines, des fucus et des laminaires. Enfin tout le monde sait que l'infusion de thé est la principale boisson du pays.

Les feuilles sont simplement desséchées, leur préparation est beaucoup moins compliquée que celle des thés chinois ; l'arome manque presque complètement ; l'infusion est très légèrement colorée en vert, d'un goût amer qui devient ensuite doucereux, comme dans la douce-amère. Elle est très excitante,

•Brasenia peltata	Junsai.
•Brassica chinensis	Aburana.
• — orientalis	Natane-Na.
•Sinapis cernua, moutarde	Karashi.
•Thea chinensis, thé	Tcha.
Chrysanthemum coronatum, chrysanthème	Kikn.
•Lactuca sativa	Chisa.
Artemisia vulgaris	Yamagi.
•Siler divaricatum	Bofu.
Salsola-Soda	Akahijiki.
Polygonum nodosum	Yanagi Tade.
— japonicum	Ma-Tade.

leur mort, des animaux avec des aliments mélangés de matière charbonneuse, il a vu se développer des accidents chez ces animaux lorsque, par un moyen quelconque il provoquait des ulcérations le long du tube intestinal. Or, comme on ne peut jamais répondre que sur toute l'étendue du canal digestif il n'existe aucune ulcération, il est évident qu'on doit s'abstenir de l'ingestion de toute substance qui pourrait contenir des bactéridies charbonneuses.

De trois expériences faites à la Faculté des sciences de Bordeaux, dans le laboratoire de chimie de M. Gayon, et qui ont porté sur des animaux atteints de fièvre charbonneuse grave, MM. Chambrelent, Moussous et Dupetit croient pouvoir conclure, qu'on devra absolument rejeter de la consommation le lait non bouilli des animaux atteints de fièvre charbonneuse. Quoique leurs expériences n'aient pas donné des résultats positifs sur des animaux simplement vaccinés, MM. Chambrelent et Moussous pensent que la même proscription doit être étendue à ces animaux pendant la période de réaction fébrile qui accompagne la vaccination pastorienne.

V. — Persuadé que la crémation des cadavres n'est pas près d'entrer dans nos mœurs, M. le professeur Charles Depérais (de Naples) préconise une nouvelle méthode ayant pour but la destruction des germes contagieux que les cadavres peuvent contenir (1). Partant de ce fait qu'à la température de 106° les germes sont infailliblement tués, M. Depérais met à profit la propriété bien connue des dissolutions salines de n'entrer en ébullition qu'à une température supérieure à 100°. La solution à aquelle il donne la préférence est celle de chlorure de calcium, d'abord en raison du bas prix du sel, ensuite à cause de la facilité que l'on a de pouvoir régler la température d'ébullition en faisant une solution plus ou moins concentrée, et surtout à cause de l'action antiseptique de ce sel sur les matières organiques.

Le cadavre est immergé dans une solution de chlorure de sodium à 47° Bé ; en élevant graduellement la température du bain, au moment où la température dépassera 100°, l'eau des chairs et des tissus s'évaporera.

Continuant à chauffer au delà de 100° pendant un certain temps, on verra le cadavre diminuer de volume, et la solution de chlorure de calcium se substituer à l'eau éliminée. Cette opération donnera la certitude que tous les germes infectieux que pouvait contenir le cadavre seront détruits, car à l'action prolongée de la chaleur au delà de 100° sont venues s'ajouter les propriétés antiseptiques du chlorure de calcium; et la momification sera déjà obtenue en partie.

Mais les solutions de chlorure de calcium étant déliquescentes, le cadavre devra donc être desséché en le maintenant un certain temps dans une solution saturée à froid de sulfate de soude; par double décomposition, il se formera du sulfate de chaux et du chlorure de sodium; le sulfate de chaux restera comme matière incrustante des fibres des chairs et tissus, et le chlorure de sodium restera en liberté dans le bain. Dès lors la dessiccation pourra avoir lieu, soit à l'air libre, soit à l'étuve.

En résumé, pour éviter tous les dangers d'infection et de contagion que présente l'inhumation, M. Depérais propose de revenir à la momification, persuadé que son système ne présentera aucun des inconvénients de la crémation tant au point de vue des recherches médico-légales qu'au point de vue des préjugés de la plupart de nos contemporains.

Par cette méthode, non seulement la question hygiénique se trouverait résolue, mais les législateurs auraient toute facilité d'imposer des mesures propres à garantir la sécurité publique sans que la liberté de conscience soit lésée. Qu'il s'agisse en effet d'une mort due à une maladie infectieuse, l'opération sera acceptée sans répugnance, « car, ajoute M. Dépérais, elle ne choque ni nos habitudes ni nos sentiments religieux.

« La crémation, au contraire, pourrait difficilement être rendue obligatoire; elle heurte trop de front les préjugés, les mœurs et coutumes de notre époque; chacun préférera conserver les restes des siens sous une forme humaine au lieu de les laisser détruire par le feu. »

TRAVAUX A CONSULTER.

— Deux articles sur les habitations ouvrières (The sanitary Record, janvier et février).

— L'épidémie de fièvre typhoïde à Paris en 1882, études statistiques, par Alfred Durand-Claye (Journal de la Société de statistique de Paris, décembre 1883).

— Le choléra, par Carlo Zucchi (Giornale della R. Soc. it. d'igiene, 1883, p. 596, 836 et 939).

(1) Voir dans La Higiene para todos de Barcelone, numéro du 1er janvier, un article du docteur Enrique Gelabert sur un nouveau procédé d'embaumement dû au naturaliste Darder.

Polygonum cuspidatum........ Inu-Tade, etc.
Pteris aquilina, fougère........ Warabi.

Diverses plantes marines nommées nori, kabu, ijiki, arame, parmi lesquelles je ne puis déterminer que les suivantes:

*Laminaria saccharina.
— esculenta.
*Fucus .... Wakamé

Fleurs. — Ce ne sont vraiment que des accessoires de la nourriture et des curiosités culinaires. On mange confites les fleurs de cerisier, de chrysanthème et de pyrèthre.

Prunus cerasus.
Chrysanthemum-coronarium.
Pyrethrum chinense.

Ici je devrais ajouter toute une série de champignons.

Graines ou semences. — On y rencontre les aliments par excellence, le riz et les haricots. Le riz cuit à l'eau constitue en poids la moitié au moins de chaque repas. Il fournit en outre par fermentation une boisson très usitée, le saké, bière de riz. Ensuite vient le haricot, avec d'innombrables variétés, dont une surtout appelée le *daidzu* est particulièrement intéressante, à cause de la variété d'aliments qu'on peut en obtenir; elle mériterait d'être acclimatée chez nous. On en tire la sauce universelle du pays appelée *shoyu*, un fromage nommé *tofu* et une autre préparation très nourrissante appelée *mizo*. On ne lira pas sans intérêt la fabrication ce ce singulier fromage. On met gonfler les haricots *daidzu*, les seuls qui puissent le donner, dans l'eau chaude; ils sont ensuite pilés, écrasés à la meule, puis délayés dans l'eau, de façon à former une sorte de crème. On filtre alors à travers un sac de toile, on ajoute des eaux-mères de marais salant qui précipitent toutes les matières albumineuses, puis il ne reste plus qu'à mouler.

Le millet et le sarrasin remplacent le riz dans les pays où sa culture n'est pas possible. Quant au blé, il n'est cultivé qu'en petite quantité. Les paysans le plantent comme des pommes de terre enveloppé d'excréments humains. Fermenté avec les haricots il constitue le *shoyu*.

Euryale ferox .... Midzu buki.
Nymphæa nelumbo........ Hitsuji gusa.
Haricot à shoyu .... *Daidzu*.

— La surveillance sanitaire des maisons, par E. Vallin (Revue d'hygiène, 1883, p. 627).

— L'action du cuivre sur l'économie, par MM. A. Houlés et de Pietra-Santa (Journal d'hygiène, 1884, numéros 381 et 382).

— Sur les réformes hygiéniques de Paris, un article du docteur G. Varrentrapp (Deutsche Vierteljahrschrift für offentliche Gesundheitspflege, 1883, p. 726).

Dr Paul Fabre (de Commentry).

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Chirurgie pratique.

Pansement a l'iodoforme. — Souvent on a employé l'iodoforme pour traiter le pédicule après l'ovariotomie. Schrœder, dans un cas de péritonite tuberculeuse, a saupoudré d'iodoforme le péritoine malade et observé la guérison. L'auteur lui-même, dans un cas de péritonite intense avec riche exsudat fibrineux, consécutivement à l'inflammation d'un kyste ovarique, a saupoudré d'iodoforme les surfaces enflammées; il y eut arrêt des phénomènes septiques, mais huit jours après la malade mourait empoisonnée par l'iodoforme.

Küster recommande particulièrement l'iodoforme dans les cas d'ouverture de la cavité du petit bassin. Qu'il s'agisse d'amputation utérine ou d'extirpation du rectum, le procédé est le même : opération, toilette du péritoine, suture du péritoine, applications d'iodoforme et par-dessus tamponnement vaginal ou rectal, suivant le cas, avec l'ouate iodoformée.

En terminant, il recommande le collodion iodoformé :

Collodion..... 90
Iodoforme.... 10

pour les plaies accidentelles ou chirurgicales de la tête, de la face, des parties génitales externes et de l'anus.

Cancer du sein. — Se fondant sur les résultats de sa pratique (25,39 pour 100 de guérisons complètes), Kuster fait l'amputation du sein le plus tôt possible et pratique le nettoyage de la cavité axillaire alors même qu'il n'y a aucune dégénérescence ganglionnaire sensible, quoique, à dire vrai, ce procédé augmente indubitablement les dangers de l'intervention.

Pour l'opération, l'auteur la pratique comme elle est décrite dans Volkmann (1) : incision inférieure atteignant l'aponévrose du grand pectoral ; la glande est libérée et enlevée avec l'aponévrose du muscle ; alors seulement incision supérieure qui rejoint la précédente ; le sein tient encore au tissu cellulo-adipeux de l'aisselle. On dissèque alors en avant le bord inférieur du grand pectoral, puis on déchire avec le doigt en se dirigeant vers la clavicule ; enfin on arrive sur le bord du grand dorsal qu'on dissèque et dont on sectionne le prolongement axillaire quand il existe. Nombreux drains. L'auteur utilise presque exclusivement les drains susceptibles d'être résorbés et voit la moitié des cas environ guérir sous un seul pansement.

Suivent à l'appui une série d'observations résumées. L'auteur recommande aussi le collodion iodoformé comme excellent antiseptique lorsqu'il s'agit d'opérations sur les animaux auxquels il est si difficile de maintenir un pansement, surtout quand on opère sur des chiens (2).

B.

BIBLIOGRAPHIE

Des maladies puerpérales, étude clinique par le docteur F. Siredey, avec 15 tracés thermométriques dont 2 planches hors texte. — Paris, G. Masson, éditeur, 1884.

Les maladies puerpérales, fièvre puerpérale, infection puerpérale, septicémie puerpérale, etc., ont donné naissance à des recherches laborieuses, à des travaux nombreux ; dans les académies, les sociétés scientifiques, elles ont provoqué de savantes et longues discussions, où l'on retrouve les noms des plus illustres cliniciens ; et cependant, il faut l'avouer, bien des points demeurent encore obscurs ; le vague, le défaut de précision, le désaccord des auteurs démontrent suffisamment que, malgré les progrés accomplis, le but poursuivi avec tant de persévérance n'est pas atteint.

Telles sont les raisons qui ont engagé M. Siredey à publier ses travaux et ses observations cliniques ; elles expliquent le

(1) *Zur behandlung des Brustkrebses.* Küster. Arch. f. kl. chir., 1883, p. 723 et suiv.

(2) *Ueber Iodoformbehandlung, insbesondere bei Wunden der Bauchhoehle.* Küster. Arch. f. kl. chir., 1883, p. 719.

Soja hispida (Glycine ou Dolichos soja).
Glycine lanceolata.
Dolichos incurvus.
— lineatus.
— umbellatus.
— bicontortus.
— ensiformis.................. Fuji-mame.
•Phaseolus vulgaris.................. Ingen mame.
— multiflorus
— radiatus.................. Adzuki shozu.
Sesamum indicum.
Lablab cultratus.
•Oriza sativa, riz.................. Kome.
Setaria italica........... Millet.
•Panicum miliaceum...... —
Panicum frumentaceum... —

(A suivre.)

— Un concours pour l'emploi de prosecteur d'anatomie s'ouvrira, le 28 avril prochain, à la Faculté de médecine de Lille. La durée des fonctions du prosecteur est fixée à trois ans. Le traitement attaché à cet emploi est de 1,200 francs par an. Les candidats à cet emploi devront faire parvenir au secrétariat de la Faculté, avant le 20 avril : 1o Une expédition, dûment légalisée, de leur acte de naissance ; 2o Leur diplôme de docteur en médecine; 3o Un exemplaire de leur thèse et de chacun de leurs mémoires et travaux scientifiques.

Hôpitaux de Bordeaux. — Le concours pour une place de chirurgien adjoint vient de se terminer par la nomination de M. Piéchaud.

***

Nominations. — Par décret en date du 19 février 1883, M. Claudot, médecin principal de deuxième classe à l'hôpital militaire de la Charité à Lyon, a été désigné pour remplir les fonctions de médecin chef à l'Ecole polytechnique.

— Par arrêté ministériel en date du 9 février, le docteur Gillet de Grandmont a été nommé médecin oculiste consultant du théâtre national de l'Opéra Comique.

vif intérêt avec lequel on a accueilli le remarquable ouvrage sur « les maladies puerpérales » du savant médecin de Lariboisière.

Laissant de côté la partie purement historique, l'auteur aborde le fond même de son sujet dès la première page ; en clinicien expérimenté, il nous expose hardiment, avec clarté, précision, les divers phénomènes soit physiologiques, soit pathologiques, auxquels l'état puerpéral peut donner lieu. Il suffit d'énumérer les divers chapitres du livre pour représenter à l'esprit l'enchaînement logique des faits cliniques :

Livre 1er : *Etat puerpéral physiologique*. — Livre II : *Etat puerpéral pathologique*. — Livre III : *Lymphangite utérine*.— Livre IV : *Phlébite utérine*. — Livre V : *Complications viscérales des maladies puerpérales*. — Livre VI : *Prophylaxie*.

Dans l'état puerpéral physiologique, l'auteur nous décrit les phénomènes généraux qui vont se succéder à partir du moment où l'accouchement vient de se terminer par l'expulsion du placenta. Il étudie les *tranchées utérines*, tranchées qu'il ne faut pas hésiter à combattre, lorsqu'elles sont persistantes, par l'opium, une légère injection hypodermique de morphine ; les *hémorrhagies* ; les *lochies* ; le *frisson*, dont l'importance au point de vue du diagnostic des complications et du pronostic est nettement établie ; les *modifications de la circulation* ; la *température* ; la *sécrétion lactée* ; tout un chapitre est consacré à l'étude de cette importante fonction. C'est vers le troisième jour qu'a lieu en général la montée du lait chez les primipares comme chez les multipares ; une affection fébrile intercurrente peut tarir momentanément ou définitivement la sécrétion lactée, mais il ne faut pas se désespérer trop vite ; deux observations concluantes sont rapportées à ce propos. La *fièvre de lait*, admise par les anciens médecins, est discutée avec grand soin. Des observations et trois tracés de température viennent étayer les conclusions auxquelles une longue expérience a conduit l'auteur, qui a pu réunir, en 1879, 183 tracés de température, en outre de ceux publiés. Avec le professeur Depaul, avec Chantreuil, Lorain, etc., M. Siredey nie formellement la fièvre de lait ; bien que cela ne soit pas quelquefois facile, on finit cependant toujours par découvrir la cause de la fièvre lorsqu'elle apparaît. Dans un cas « nous avons découvert une endopéricardite qui a été suivie d'une éruption d'érythème noueux » ; le plus souvent les organes de la génération seront atteints d'inflammation.

L'*involution utérine* fait également l'objet d'un chapitre ; les lésions histologiques que l'on rencontre sont parfaitement indiquées et paraissent être, d'après les recherches entreprises sous l'inspiration de l'auteur, le résultat d'un engorgement qui porte sur les voies circulatoires veineuses ou sur l'appareil lymphatique.

Après avoir présenté le tableau de l'état puerpéral physiologique, celui de l'état puerpéral pathologique se comprend plus aisément.

Le chapitre Ier du deuxième livre donne la description générale des maladies puerpérales. C'est certainement l'un des plus importants au point de vue doctrinal. Pour l'auteur, la *fièvre puerpérale*, telle que la concevaient les anciens, n'existe pas ; les maladies puerpérales ne constituent pas une entité pathologique, elles présentent principalement comme lésion des altérations du système vasculaire génital, et plus souvent des lymphatiques que des veines, et reconnaissent pour cause un *principe infectieux* à des degrés variables d'intensité. Mais, en acceptant la doctrine parasitaire de Pasteur, le clinicien de Lariboisière se hâte de remarquer que, pour expliquer la propagation de la maladie puerpérale, il faut tenir compte du rôle de l'organisme, des conditions de réceptivité et de résistance inhérentes au sujet.

Les symptômes seront toujours subordonnés aux lésions ; la fièvre puerpérale doit être par conséquent décomposée en ses éléments constitutifs et il faut décrire séparément la péritonite, la lymphangite et la phlébite.

Ces principes posés, nous arrivons à l'étiologie des maladies puerpérales. Dans un très long chapitre, l'auteur expose toutes les causes connues de ces maladies et donne d'excellents conseils d'hygiène pour s'en préserver. Chez l'accouchée, le fait essentiel, c'est l'existence d'une *plaie utérine* ; c'est elle qui peut donner accès aux germes morbides, qu'ils soient transmis par l'accoucheur, la garde, les divers instruments employés, l'atmosphère, et cela quelle que soit la nature de ces germes détachés d'un principe unique essentiel, spécifique ou provenant de sources multiples. Les soins, les précautions les plus minutieuses sont donc indispensables.

Le livre II se termine par un chapitre d'anatomie pathologique générale ; près de 200 autopsies de femmes mortes en couches ont permis d'établir le degré de fréquence relative des différentes lésions ; ce que l'on rencontre le plus souvent, c'est la lymphangite et la péritonite réunies, puis la phlébite avec les deux affections précédentes, et plus rarement la phlébite sans lymphangite ni péritonite. Dans des cas extrêmement rares, l'inflammation de la séreuse existait seule ; mais n'avait-on pas laissé échapper quelque altération du système lymphatique?

La *lymphangite utérine*, qui fait l'objet du livre III, est la plus importante des affections puerpérales ; c'est également un des sujets de prédilection de M. Siredey qui a nettement établi le rôle joué par les lésions des lymphatiques chez la femme en couches.

La *lymphangite* peut être *simple*, limitée à l'utérus ou à la vulve ; elle peut envahir le péritoine : c'est la *lympho-péritonite* ; elle peut se localiser dans les ganglions du bassin : c'est l'*adéno-phlegmon*.

La lymphangite simple est superficielle et se limite aux organes génitaux externes, ou profonde, c'est-à-dire utérine. La forme superficielle n'a pas été signalée jusqu'ici ; elle entraîne rarement des complications, mais quelquefois l'adénite inguinale qui l'accompagne suppure et même l'angioleucite peut se propager aux vaisseaux profonds et l'inflammation gagner par cette voie le péritoine. Deux exemples remarquables démontrent la possibilité d'une terminaison aussi grave.

Quant à la lymphangite profonde ou utérine, ses deux caractères les plus habituels sont : la douleur et l'élévation de température ; elle est surtout à redouter par ses complications éloignées, par les modifications qu'elle imprime au système génital.

Abordant la lympho-péritonite, l'auteur fait avec raison un court exposé historique pour rappeler que, sous l'impulsion de Behier et malgré les recherches si instructives de Cruveilhier, la théorie de la phlébite a été un moment prépondérante ; il a fallu la thèse de J.-L. Championnière et les propres travaux de l'auteur pour rendre à la lymphangite sa véritable place. M. Siredey a en effet clairement établi l'existence de la lymphangite, indépendante de la phlébite, et fixé les éléments du diagnostic de ces deux affections, ce qui n'avait pas été encore fait.

Les symptômes, les complications, le pronostic, le traitement de l'affection sont présentés avec le plus grand soin; nous ne pouvons nous y arrêter.

L'étude de l'adéno-phlegmon termine ce livre si original et rempli de faits cliniques si finement observés et contrôlés.

En ce qui concerne l'adéno-phlegmon, une question de priorité se pose. M. Siredey fournit d'amples documents, observations, thèses, etc., pour établir solidement ses droits qui ne sauraient être contestés par ceux qui en prendront connaissance.

Nous arrivons ainsi au livre IV qui traite de la phlébite utérine.

Après quelques mots d'historique, l'auteur délimite son sujet; il pense qu'il convient d'envisager la phlébite dans son sens le plus large, qu'il faut décrire sous ce nom la plupart des altérations qui atteignent les veines chez les nouvelles accouchées; mais les accidents sont essentiellement variables suivant que l'on est en présence de la forme *adhésive* ou de la forme *infectieuse;* d'où deux états cliniquement et anatomiquement séparés : phlébite simple, adhésive, et phlébite infectieuse.

L'étiologie et pathogénie, les symptômes, marche, durée, terminaison, pronostic, le traitement de la phlébite simple; le mécanisme de l'infection, si controversé; les localisations diverses de la phlébite infectieuse dans les appareils circulatoire et respiratoire, le tube digestif, le système nerveux ; ses diverses formes : foudroyante, typhoïde, ataxique, etc.; le diagnostic, etc., forment autant de chapitres qui mériteraient tous une analyse spéciale et qui dénotent la science approfondie de l'écrivain.

Quelques pages sont consacrées à l'étude des formes mixtes : phlébite et lymphangite.

Nous regrettons de ne pouvoir entrer dans plus de détails sur ces sujets si lumineusement traités par l'auteur.

Enfin les deux derniers livres, dans lesquels nous trouvons une exposition méthodique des complications viscérales des maladies puerpérales, et entre autres une étude remarquable des néphrites puerpérales et des moyens prophylactiques; la pathogénie de l'infection, les soins à donner aux femmes en couches, les locaux, les maternités, le personnel, les instruments, etc., viennent compléter, avec les observations, au nombre de soixante-cinq, recueillies dans le service de l'auteur à Lariboisière, un index bibliographique et deux planches hors texte, l'ouvrage remarquable par la science clinique, les recherches histologiques, anatomo-pathologiques, dont nous avons tenté cet aperçu analytique.

A l'intérêt du fond se joint le charme du style, clair et concis. On sera donc doublement reconnaissant à M. Siredey d'avoir porté la lumière dans un sujet si obscur. Son ouvrage, conçu avec un sens remarquable, sera l'ouvrage classique des maladies puerpérales. Qu'il nous soit permis de remercier notre ancien maître de n'avoir pas reculé devant les difficultés et de nous l'avoir donné.

MARIUS REY.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE.

DE L'EXTRAIT DE STIGMATES DE MAÏS DANS LES MALADIES DU CŒUR. —A l'époque où parurent les communications sur l'emploi du muguet (convallaria maialis) dans les maladies du cœur, m'inspirant d'un article du docteur Landrieu, médecin des hôpitaux, j'avais déjà commencé une série d'expériences sur l'extrait des stigmates de maïs dans les mêmes affections.

Le moment se trouvait mal choisi pour en publier les résultats, encore incomplets d'ailleurs, et je n'étais pas non plus fâché de les comparer avec ceux que pourrait me donner le muguet.

Aujourd'hui, trois années se sont écoulées; j'ai eu d'assez nombreuses occasions d'employer concurremment la digitale, le muguet et l'extrait de maïs, et je pourrai plus utilement encore faire connaître mon appréciation.

Trois faits saillants me paraissent tout d'abord devoir attirer l'attention sur l'extrait de maïs :

L'action diurétique, la régularisation et le ralentissement des battements du cœur et du pouls, la tolérance.

L'action diurétique se manifeste presque toujours dès le début. Elle va le plus souvent en augmentant jusqu'au troisième ou quatrième jour, et il n'est pas rare de voir les urines monter de 500 à 1,500 ou 2,500 grammes. Aussi est-ce dans les affections cardiaques avec œdème des membres inférieurs ou hydropisie générale que l'effet de l'extrait de stigmates de maïs apparaît le plus rapidement et le plus clairement.

En même temps que diminuent, et souvent pour disparaître tout à fait, l'œdème ou l'anasarque, on voit la tension artérielle augmenter et la tension veineuse diminuer. Le pouls ou les battements du cœur se ralentissent et se régularisent, et l'état général se modifie de la façon la plus favorable. Une chose en outre, qui m'a frappé, c'est la sensation de calme et de bien-être que procure le médicament, sauf dans les cas où la dyspnée est très prononcée. Ce symptôme, en effet, ne m'a jamais paru favorablement influencé.

Mais, dans l'hypertrophie, les rétrécissements ou l'insuffisance, j'ai presque constamment obtenu un excellent résultat. Et ce résultat double de valeur par la tolérance du médicament.

C'est en raison surtout de cette tolérance que l'extrait de stigmates de maïs me paraît devoir être employé. La digitale présente en effet de nombreuses contre-indications, sur lesquelles je n'ai pas besoin d'insister, et l'extrait du muguet lui-même n'est pas toujours sans inconvénient.

Quant à leur action comparative, elle m'a paru plus énergique, plus rapide et plus étendue dans la digitale, mais pour le muguet je n'y fais pas grande différence.

Dans mes expériences, et en tant qu'essai, j'ai toujours employé l'extrait de stigmates de maïs sans adjonction d'aucun autre médicament.

Mais le résultat expérimental acquis, je n'ai pas négligé les adjuvants habituels et notamment le bromure et l'iodure de potassium, le lait. Et dans la pratique régulière, c'est évidemment ainsi qu'il faudra procéder.

Quant aux doses, je n'ai jamais dépassé 3 grammes d'extrait par jour, en trois fois, une heure avant de manger, — en sirop (50 centigrammes par cuillerée). — Et presque toujours 1 gr. 50 ayant suffi à produire une diurèse abondante, je m'en suis tenu là, considérant comme un critérium suffisant l'action diurétique manifeste.

(GAZETTE DES HOPITAUX.) Dr HENRI DUPONT.

FORMULAIRE

EMPLATRE A L'ACIDE PHÉNIQUE ET AU SUBLIMÉ POUR LE TRAITEMENT TOPIQUE DU LICHEN RUBER.

(UNNA).

Rec. Onguent diachylon ordinaire......	500 grammes.
Acide phénique..................	20 —
Bichlorure de mercure...........	0,50 à 1 gr.

M. s. a.— Pour frictions sur les parties malades, deux fois par jour. Après chaque friction, le malade sera enveloppé dans une couverture de laine.

Il faut surveiller le malade au point de vue du développement possible d'une stomatite mercurielle. D'autre part, pour assurer la guérison du lichen ruber, ce traitement topique ne devra être employé que comme adjuvant du traitement interne par la liqueur de Fowler. (Voir COMPTE RENDU GÉNÉRAL DES ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS MÉDICALES, n° 9, p. 84.)

E. R.

BULLETIN

ETUDE DU CHOLÉRA DANS L'INDE.

On a pu voir, dans le dernier numéro du COMPTE RENDU GÉNÉRAL DES ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS MÉDICALES, que les récentes recherches, sur le choléra, de la mission française représentée par M. Straus, et de la mission allemande représentée par M. Koch, sont actuellement l'objet d'une discussion au sein de la SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE LONDRES. L'opinion qui semble dominer parmi les médecins anglais, dont plusieurs ont eu à lutter, dans l'Inde même, contre le choléra, c'est que cette maladie n'est pas contagieuse, dans la véritable acception du mot, et ne saurait ainsi procéder d'un microbe spécifique. Nos confrères d'outre-Manche voient leurs idées confirmées par les résultats plus que douteux auxquels sont arrivées en Egypte la mission française et la mission allemande, et paraissent disposés à accueillir avec certaines réserves les résultats nouveaux obtenus dans l'Inde par M. Koch et ses collaborateurs.

On se souvient qu'à la fin de l'épidémie cholérique d'Egypte la mission allemande, au lieu de rentrer en Europe, s'est rendue dans l'Inde pour y poursuivre ses recherches. Elle a choisi Calcutta pour lieu et centre de ses observations. M. Koch s'est tout d'abord tracé le programme suivant :

Multiplier les recherches microscopiques sur un nombre aussi grand que possible de cadavres de cholériques, afin de contrôler les résultats obtenus en Egypte sur la présence des micro-organismes dans les intestins de ces cadavres. Chercher à spécifier ces micro-organismes et à les distinguer sûrement des microbes ayant la même forme et les mêmes dimensions;

Reprendre les expériences d'inoculation du choléra aux animaux, en usant de nouvelles méthodes, telles que l'injection directe de matières cholériques dans les intestins;

Isoler les microbes trouvés dans l'intestin des cadavres de cholériques, en faire des cultures pures, et utiliser celles-ci pour l'expérimentation sur les animaux;

Etudier et déterminer les propriétés biologiques de ces microbes, notamment la formation de leurs spores, leur vitalité, leur manière d'être dans divers milieux nutritifs et sous l'influence de différentes températures;

Rechercher les moyens de désinfection propres à détruire les microbes on à empêcher leur développement;

Etudier le sol, l'eau, l'air au point de vue de leurs rapports avec le principe cholérique.

Comme complément de ce programme, essentiellement expérimental, M. Koch s'est proposé en outre de poursuivre des recherches sur les points suivants :

Rapports du choléra, dans les pays où il est endémique, avec certaines particularités de la population;

Développement du choléra dans l'armée, sur les navires, dans les prisons;

Détermination, dans les pays où le choléra est endémique, des localités les plus ou les moins frappées;

Mode de transport et de transmission du choléra au delà du foyer endémique; voies par lesquelles la transmission se fait, soit dans l'intérieur de l'Inde, soit au delà de ses frontières (coutumes religieuses, pèlerinages, navigation, caravanes, etc.);

Mesures prises aux Indes pour obtenir la diminution des cas de choléra dans les prisons, parmi les troupes, et dans la population civile de certaines villes, Madras, Poudichéry, Calcutta, etc.

Dans une lettre récente adressée au ministre de l'intérieur de Prusse, M. Koch fait connaître les premiers résultats de ses recherches dans la double voie qui vient d'être indiquée.

En ce qui concerne la première partie du programme, la mission allemande avait à ce moment pu mettre à profit huit cas de malades atteints de choléra et neuf autopsies de cholériques, dont plusieurs faites immédiatement après le décès. Les recherches microscopiques ont montré dans tous les cas l'existence, dans l'intestin des cholériques, de bacilles identiques à ceux qui ont été observés en Egypte. Mais de plus, à l'aide des méthodes employées dans l'*office sanitaire allemand*, il a été possible, dans les cas de choléra les plus accentués, d'isoler ces bacilles, d'en faire des cultures pures, et de leur découvrir des caractères spéciaux propres à les distinguer avec certitude d'autres bacilles. Des cultures gélatineuses ont démontré la présence constante des bacilles en question soit dans les déjections des malades atteints de choléra, soit dans le canal intestinal des cadavres de cholériques, et leur absence non moins constante dans le tube digestif de malades ayant succombé à d'autres maladies, comme dans le contenu intestinal de différents animaux mis en expérience. La conclusion à tirer de ces premiers faits serait donc, s'ils sont définitivement confirmés, que le bacille spécifique dont il s'agit est exclusivement propre au choléra et qu'il existe un rapport de causalité entre la présence de ce microbe et le processus cholérique.

M. Koch ajoute que de récentes expériences lui font espérer d'obtenir la transmission du choléra à des animaux; il y aurait là un moyen puissant de contrôler les faits qui précèdent et la conclusion qui en découle.

Le médecin allemand ne parle des micro-organismes dont la présence dans le sang des cholériques a été notée par la mission française, que pour déclarer que les membres de cette mission ont commis une erreur et pris pour des organismes spécifiques de petits éléments, existant normalement dans le sang de l'homme bien portant, et devenant plus nombreux sous l'influence de différentes maladies telles que le typhus, la pneumonie, etc. L'observation montre qu'ils augmentent aussi de nombre dans le choléra.

Relativement à la seconde partie du programme qu'elle s'est tracé, la commission allemande a noté que, depuis 1870, la mortalité cholérique à Calcutta a diminué de plus des deux tiers, et elle se propose de rechercher les causes de cette diminution, attribuée exclusivement, par la presque totalité des médecins du pays, à la construction de conduits d'eau potable. La commission a déjà examiné à ce point de vue le système de canalisation de la ville et analysé divers échantillons de l'eau de rivière avant et après sa filtration; elle a constaté que

l'eau potable livrée à la consommation publique est d'excellente qualité.

Nous avons trop applaudi à la courageuse initiative de la mission française d'Egypte pour ne pas suivre d'un œil extrêmement sympathique les travaux de la mission allemande dans l'Inde. Si ses premiers efforts sont encourageants, ils ne permettent toutefois encore de rien conclure, et nous croyons qu'il est sage d'imiter, jusqu'à nouvel ordre, la réserve des médecins anglais.

Dr F. DE RANSE.

NOTES & INFORMATIONS

L'assemblée générale de la SOCIÉTÉ PROTECTRICE DE L'ENFANCE DE PARIS a eu lieu au grand amphithéâtre de la Sorbonne, le dimanche 17 février, sous la présidence d'honneur de M. G. Picot, membre de l'Institut. L'ordre du jour portait :

1° Discours de M. G. Picot ;

2° Compte rendu moral et financier, par M. le docteur Blache ;

3° Rapport sur les mémoires adressés pour la question de prix, par M. le docteur Leroux ;

4° Rapport sur les récompenses accordées aux médecins inspecteurs, par M. le docteur Bouilly ;

5° Rapport sur les récompenses accordées aux jeunes bienfaiteurs, par M. le docteur Marjolin ;

6° Rapport sur les récompenses accordées aux méres-nourrices, par M. le docteur Ch. Richet.

L'assistance, fort nombreuse, en donnant généreusement ses applaudissements aux différents orateurs, a exprimé ses profondes sympathies pour l'œuvre poursuivie par la Société.

— La compagnie des Epiciers de Londres ne s'est pas contentée de proposer le prix sur le *Virus vaccinal*, que nous avons mentionné dans un précédent numéro, elle met aussi au concours un prix quadriennal de 25,000 francs, destiné à recompenser « des travaux originaux apportant d'importantes additions, préalablement définies, aux diverses sections de la science de l'hygiène publique et privée. A leur choix, les juges du concours pourront, dans un délai de quatre ans, proposer toute matière pour les recherches à faire, et un délai de trois ans et demi sera accordé pour la présentation des travaux sur le sujet du concours. »

—Le professeur Franckland (du South Kensington Muséum) dans une lettre à Sir. Jos. Hooker, donne la composition de l'eau du puits d'Hagar à la Mecque. Cette eau est regardée comme sainte, et de très grandes quantités en sont envoyées annuellement en présent dans toutes les contrées musulmanes. La plupart des princes mahométans, spécialement ceux de l'Inde, ont des gardiens du puits, dont le devoir est de leur envoyer tous les ans de l'eau de ce puits.

Voici les résultats de l'analyse de cette eau qui est légèrement trouble et a un goût salé : 100,0 00 p arties contiennent en solution la proportion énorme de 828,14 parties de matières solides dont une grande masse est d'origine organique et animale. Cette eau contient aussi une énorme quantité de nitrates, produit ordinaire de la décomposition des matières fécales et en moyenne six fois plus de matières animales que la plus sale des eaux d'égout de Londres. La matière en suspension est formée surtout de cadavres de bactéries. « Je présume, ajoute M. Franckland, qu'il serait impossible de pouvoir fermer ce puits; mais, dans l'intérêt de la santé de l'Europe et de l'Asie, on devrait faire des efforts pour empêcher cette eau de se corrompre d'une manière aussi abominable et aussi dangereuse. Dans le cours de ma longue carrière de chimiste, je n'ai jamais rencontré une eau à ḥoire approchant même de loin du degré d'infection présenté par l'eau du puits d'Hagar. »

— LE SYNDICAT MÉDICAL SUBURBAIN DE L'ARRONDISSEMENT DE BORDEAUX s'est réuni en session constitutionnelle, le 26 janvier dernier, dans le bnt de procéder au renouvellement annuel du bureau.

Après un discours du président, M. le docteur Lassalle, une mesure essentiellement pratique a été adoptée, à savoir : la subdivision dn syndicat en cercles cantonaux ou régionaux, qui permettra aux adhérents des réunions plus fréquentes et plus suivies et par tant une plus intime solidarité.

— Le docteur Van Derver signale dans un journal américain le cas suivant de menstruation précoce. Une enfant a été réglée dès l'âge de quatre mois. L'écoulement sanguin durait quatre à cinq jours et se reproduisait tous les vingt-huit jours. A deux ans et sept mois, elle avait l'aspect d'une fillette de dix à douze ans. Les seins étaient de la grosseur d'une orange ; le mont de Vénus était couvert de poils. La conformation générale est régulière. (IL MORGAGNI.)

— D'autre part, le docteur Gordon a rapporté un exemple bizarre de règles supplémentaires : une femme, à chaque époque menstruelle, présente un écoulement sangnin par le pouce. Le flux utérin s'accomplit en même temps que l'hémorrhagie digitale : ces deux écoulements restent également suspendus durant les périodes de grossesse et d'allaitement. (GAZETTA MED. ITAL. LOMBARDIA.)

— Dans une conférence qu'il vient de faire le 12 février, à la Sorbonne, M A. Thouar a rendu compte des résultat de ses courageuses explorations dans le haut Paraguay. Il a retracé ensuite en termes émus et saisissants les péripéties du massacre du docteur Crevaux par les Indiens Tobas.

— Il vient de mourir, à Turin, un ancien militaire âgé de 108 ans, J.-B. Campanella Né le 12 mars 1776, il avait servi sous les ordres de Masséna et de Napoléon Ier. En 1814 il passa au service du roi de Sardaigne en qualité de carabinier. Il était à la retraite depuis 1842.

— La Société de médecine publique de Belgique, qui couvre tout ce pays d'un vaste réseau à mailles de plus en plus serrées, vient de tenir, le 3 février dernier, à Bruxelles, la cinquième réunion générale à laquelle tout le corps médical belge est convoqué. On a commencé par la discussion des moyens les plus pratiques de reconnaître facilement les altérations et les sophistications des principales denrées alimentaires. —On a abordé ensuite la question de l'influence des inondations sur la santé publique.

La Société royale de médecine publique de Belgique n'en est pas d'ailleurs à faire ses preuves. Les services qu'elle a rendus à l'hygiène et à la statistique sont déjà nombreux.

— Après le chirurgien Lister, la reine d'Angleterre vient de conférer le titre de baronnet à l'oculiste Bowman. Le monde savant applaudit à cette double récompense si justement méritée de part et d'autre.

— Mentionnons une nouvelle ordonnance ministérielle concernant les spécialités pharmaceutiques. Nous ne saurions trop l'approuver, bien que nous regrettions qu'elle n'ait pas force de loi dans tous les pays civilisés autres que l'empire austro-hongrois, car c'est le ministre du commerce d'Autriche-Hongrie qui l'a signée. On y lit : « La vente de ces spécialités est autorisée dans tout l'empire de l'Autriche-Hongrie, si le résumé de l'analyse qualitative et quantitative peut être soumis à la connaissance des médecins. Les spécialités dont la composition est inconnue pourront être confisquées par l'autorité médicale. » (Ordonnance du 17 septembre 1883, extraite du MONITEUR DE LA PHARMACIE de février).

— Depuis déjà longtemps il existe à Londres un hôpital français. Les journaux d'Italie nous annoncent l'ouverture dans cette même ville d'un hôpital italien fondé par la générosité de M. G.-B. Ortelli, qui a fait un don de 150,000 francs. Bien que pouvant conte-

nir 30 lits, cet hôpital ne met encore qne 18 lits à la dispopition des malades de nationalité italienne. Un dispensaire est annexé à l'hôpital.

— Une circulaire émanée du département médical militaire prussien, en date du 31 août 1882, enjoint aux médecins militaires une grande vigilance, afin de ne pas introduire dans l'armée des sujets menacés ou déjà atteints de tuberculose. Cette même circulaire recommande de veiller avec le plus grand soin à ce que les soldats suspects de tuberculose soient séparés, tant à l'hôpital qu'à l'infirmerie, des autres malades ; enfin elle prescrit le renvoi hâtif soit en convalescence, soit par congé de réforme, des soldats tuberculeux.

R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bertrand, médecin-major du 103e régiment d'infanterie, et Ricque, médecin-major du 82e de ligne.

— Nous apprenons également la mort de M. le docteur Marmy, ancien inspecteur des armées, et celle de M. le docteur Rapon, de Lyon.

***

Faculté de médecine de Paris. — *Travaux pratiques, Exercices pratiques de médecine opératoire*, sous la direction de M. Farabeuf, chef des travaux anatomiques. — Les exercices pratiques de médecine opératoire commenceront le mardi 18 mars 1884. Ils auront lieu dans les pavillons de l'Ecole pratique (ancien collège Rollin), tous les jours, de 1 heure à 4 heures. Ces exercices sont obligatoires pour les étudiants de quatrième année, qui doivent en justifier pour prendre la 16e inscription ; ils sont facultatifs pour les étudiants pourvus de 16 inscriptions. — Les docteurs français et étrangers peuvent également être autorisés à y prendre part.

Conditions d'admission : 1o les élèves de quatrième année sont admis sur la présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits afférents à l'inscription de janvier 1884 ; 2o les élèves pourvus de 16 inscriptions, les docteurs français et étrangers devront obtenir préalablement l'autorisation du doyen. A cet effet, ils déposeront leur demande au secrétariat de la Faculté, où il leur sera donné connaissance des conditions spéciales qu'ils auront à remplir. Sont dispensés de ces formalités les élèves ayant 16 inscriptions, les docteurs français et étrangers qui ont déjà obtenu du doyen l'autorisation de prendre part aux travaux pratiques pendant l'année scolaire 1883-84 Ces élèves seront admis sur présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits règlementaires (40 francs) ; 3o les élèves indiqués dans les deux paragraphes qui précèdent devront se faire inscrire à l'Ecole pratique (bureau du chef matériel), de midi à quatre heures, du 3 au 15 mars. Après cette date, nul ne pourra être admis.

— *Exercices pratiques d'histologie*, sous la direction de M. Cadiat, professeur agrégé, chef des travaux pratiques d'histologie. — Les exercices pratiques et démonstrations d'histologie commenceront le lundi 17 mars 1884, sous la direction de M. le docteur Cadiat, agrégé, chef des travaux d'histologie. Ils auront lieu dans les dépendances de l'ancien collège Rollin, rue Vauquelin, tous les jours, à trois heures de l'après-midi. Les élèves seront exercés au maniement du microscope. Ils feront eux-mêmes les préparations de tous les éléments anatomiques. Ces exercices sont obligatoires pour les élèves de deuxième année et pour les élèves de troisième année (ancien et nouveau régimes). Nul élève de l'une ou l'autre de ces deux années ne pourra prendre l'inscription de juillet s'il ne produit un certificat d'assiduité délivré par M. le chef des travaux. Ils sont facultatifs pour les étudiants qui ont 16 inscriptions. Les docteurs français et étrangers peuvent également être autorisés à y prendre part. Conditions d'admission : 1o Les élèves de deuxième et de troisième années sont admis en présentant la quittance détachée du registre à souche attestant le paiement des droits réglementaires correspondant à l'inscription de janvier 1884. Les étudiants possédant 16 inscriptions, les docteurs français et étrangers, qui ont acquitté les droits des travaux pratiques (40 francs) pour la présente année scolaire, sont admis eux-mêmes conditions ; 2o Les élèves justifiant de 16 inscriptions, les docteurs français et étrangers qui désireraient prendre part aux exercices pratiques d'histologie et n'ayant pas acquitté les droits prescrits, ne pourront être admis sans une autorisation du doyen. A cet effet, ils déposeront leur demande du 3 au 10 mars inclusivement au secrétariat de la Faculté, où il leur sera donné connaissance des formalités à remplir ; 3o Les élèves désignés dans les paragraphes 1 et 2 devront se faire inscrire au bureau du surveillant général (ancien collège Rollin), de midi à quatre heures, du 28 février au 8 mars inclusivement. Ils recevront une lettre de convocation indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront prendre part aux exercices pratiques.

Concours pour le prosectorat. — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le lundi 31 mars 1884 à la Faculté de médecine de Paris. MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours. Le registre d'inscriptions sera onvert au secrétariat de la Faculté de midi à trois heures, tous les jours, du lundi 18 février au lundi 17 mars 1884.

Concours pour l'adjuvat. — Un concours pour six places d'aide d'anatomie s'ouvrira le lundi 18 avril 1884 à la Faculté de médecine de Paris. Tous les élèves de la Faculté sont admis à prendre part à ce concours. Le registre d'inscriptions sera ouvert au secrétariat de la Faculté de midi à trois heures, tous les jours, du lundi 3 mars au jeudi 3 avril 1884 inclusivement.

Inscriptions et consignations. — Annulation des bulletins de versement. — Seront anulés les bulletins de versement dont le montant n'aura pas été versé deux jours après la date qu'ils portent. Un délai de huit jours est accordé pour le versement à faire en province. Dans ce dernier cas, déclaration expresse doit être faite au registre sur lequel l'étudiant s'inscrit.

Les bulletins de versement annulés ne seront renouvelés que sur demande écrite et après autorisation du doyen. (Décision de la commission scolaire en date du 4 février 1884.)

Bureau central. — Le jury du prochain concours à trois places de médecin du bureau central sera composé de MM. Du Castel, Rendu, Straus, Ferrand, Dumontpallier, Dieulafoy, Bergeron, Hardy, Desormeaux.

***

Faculté de médecine de Lille. — Par décret en date du 21 février dernier, M le docteur Tourneux est nommé professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Lille (chaire nouvelle).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON.

Thèses de doctorat. — Année scolaire 1882-1883.

1. M. Réveil. Etude nouvelle du bassin générateur rétréci. — 2. M. Perronnet. Etude critique sur la pathogénie et le traitement du chancre syphilitique. — 3. M. Fiquet. Du rythme couplé du cœur. — 4. M. Mondan. Recherches expérimentales et cliniques sur l'atrophie des membres dans les affections chirurgicales (système musculaire et système osseux). — 5. M. Hyvernat (Jules). Contribution à l'étude de la pneumonie. — 6. M. Chevalier (Victor). Des adhérences pleurales et notamment des adhérences phrénocostales dans la pleurésie avec épanchement. — 7. M. François (Joseph). De la dilatation naturelle et artificielle du col vers la fin de la grossesse. — 8. M. Baux. De la sudation locale par la pilocarpine et de ses effets thérapeutiques dans certaines affections chirurgicales. — 9. M. Edouard. Du redressement de l'ankylose

du genou par de nouveaux procédés d'arthroclasie et d'ostéoclasie mécaniques. — 10. M. Villebrun. Des ongles : leur importance en médecine judiciaire. — 11. M. Durantet. Du délire intermittent.— 12. M. Gressot. Des fibrômes utérins, spécialement au point de vue de leur traitement par les courants continus à intermittences rythmées.

Décès notifiés au bureau municipal de statistique de la ville de Paris du vendredi 15 au jeudi 21 février 1884.

Fièvre typhoïde 41. — Variole 6. — Rougeole 27. — Scarlatine 6. — Coqueluche 8. — Dipthérie, croup 52. — Dysentérie 1. — Erysipèle 4. — Infections puerpérales 4. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 53. — Phthisie pulmonaire 190. — Autres tuberculoses 13. — Autres affections générales 77. — Malformation et débilité des âges extrêmes 54. — Bronchite aiguë 39. — Pneumonie 70. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 43, — au sein et mixte 20. — Inconnu 7. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 104. — de l'appareil circulatoire 56. — de l'appareil respiratoire 63. — de l'appareil digestif 54 — de l'appareil génito-urinaire 25. — de la peau et du tissu lamineux 3. — des os, articulations et muscles 10. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 15. — Causes non classées 7. — Total de la semaine : 1037 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Traité théorique et pratique de l'électricité médicale, par le docteur G. Bardet, avec une préface de M. le professeur C.-M. Gariel. Un beau volume grand in-8 de 660 pages avec 234 figures dane le texte. — Prix : 10 francs. — Librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon, Paris.

Leçons de Clinique thérapeutique, professées à l'hôpital Saint-Antoine, par le docteur Dujardin-Beaumetz, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, membre de l'Académie de médecine, etc, Traitement des fièvres et maladies générales, 1 volume grand in-8 de 500 pages, avec 2 planches en couleurs. — Prix : 18 francs. — L'ouvrage est maintenant complet et forme trois volumes grand in-8 de 800 pages chacun, avec figures dans la texte et planches chromolithographiées hors texte. — Prix : 48 francs. — Librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon, Paris.

De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie chez l'homme, par le docteur P. Bazy, chef de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris. in-8 de 56 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon, Paris.

Recueil clinique sur les maladies du larynx, par le docteur E.-J. Moure, professeur de laryngologie et d'otologie, etc., etc., premier fascicule. Un volume in-8 de 120 pages. — Prix : 3 francs 50. — Librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon.

De l'influence de l'eau potable sur la santé publique, ou recherches sur l'hygiène, par le docteur H. Michel, 1 vol. in-18. — Prix : 2 fr. — Librairie A. Delahaye et E. Lecrosniers, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.



55e année. 7e série, Tome Ier. N° 10 8 MARS 1884

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

NOUVELLES RECHERCHES SUR LA RAGE, par M. PASTEUR, avec la collaboration de MM. CHAMBERLAND et ROUX (1).

L'Académie a accueilli avec bienveillance nos premières communications sur la rage, tout incomplètes qu'elles aient été. Elle a compris que, dans une telle recherche, chacune des étapes vers la connaissance de cette maladie était digne d'encouragement.

Les faits nouveaux que je vais avoir l'honneur de communiquer en mon nom et au nom de mes collaborateurs, et je pourrais ajouter le nom de Thuillier qui, avant son départ pour l'Egypte, avait pris part aux expériences, ont tous été obtenus par l'emploi des deux méthodes si précieuses de l'inoculation du virus rabique à la surface du cerveau par la trépanation, ou de l'injection de ce virus dans le système sanguin. Le mot de trépanation entraîne avec lui l'idée d'une opération longue et d'un succès difficile. Il n'en est rien. Dans des centaines d'opérations pratiquées sur des chiens, des lapins, des cobayes, des poules, des singes, des moutons, les insuccès se comptent par quelques unités seulement. Quant à l'habileté d'exécution que ce traumatisme exige, elle est certainement à la portée du plus grand nombre. Un jeune aide du laboratoire a pu être très rapidement mis à même par M. Roux de pratiquer cette opération, et c'est lui qui présentement fait toutes les trépanations aux divers animaux, sans qu'il arrive jamais d'accidents pour ainsi dire. L'opération est si peu longue que le dernier singe trépané a été chloroformé, opéré et remis de l'étourdissement produit par le chloroforme dans l'intervalle de vingt minutes. Moins d'un quart d'heure plus tard, il mangeait une figue. Afin d'abréger cette lecture, je me bornerai à résumer sous forme de conclusions l'ensemble de nos résultats :

1o Dans la communication que j'ai faite le 11 décembre 1882, j'ai annoncé que l'inoculation du virus rabique dans le système sanguin offrait le plus souvent des rages paralytiques avec absence de fureur et d'aboiement rabique. Il était présumable que dans ces conditions le virus rabique devait se fixer et se multiplier, tout d'abord, dans la moelle. En sacrifiant des chiens au moment des premiers symptômes de paralysie et en étudiant ensuite, comparativement, les virulences de la moelle, principalement au renflement lombaire, et la virulence du bulbe, nous avons reconnu que la moelle pouvait être rabique, alors que le bulbe ne l'était pas encore.

2o Nous avons démontré antérieurement que, dans les cas de rage, le virus rabique avait son siège dans l'encéphale et dans la moelle. Nous l'avons recherché plus récemment dans

(1) Le COMPTE RENDU GÉNÉRAL DES ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS MÉDICALES a publié une analyse de la communication de M. Pasteur à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine. En raison du haut intérêt qui s'attache à tous les travaux de M. Pasteur, et en particulier à ses études sur la rage, nous reproduisons ici cette communication *in extenso*.

FEUILLETON

TABEMONO (choses à manger) DU JAPON,
par M. CH. RÉMY, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

Les fruits japonais sont variés, mais la culture de beaucoup d'entre eux est délaissée; par exemple, bien que la pomme croisse dans le pays, il est presque impossible de s'en procurer. De tous les fruits que nous connaissons en France, il n'y a guère que la cerise et la fraise qui ne se rencontrent pas au Japon, et c'est d'autant plus curieux pour le cerisier qu'il y produit de splendides fleurs et est l'objet d'un véritable culte.

Les fruits particuliers au pays sont en premier lieu les variétés de kaki ou figue caque dont la chair rappelle tantôt la chair ferme des poires, tantôt la pulpe des cerises. Puis viennent les éléagnées, une espèce de chêne et des conifères, le kaya et le gin-nan.

Akebia kinata (rare)	
Citrus trifoliata	Tachibana.
— japonica	Kinkan.
* — aurantium	Mi-kan.
* — bigaradia	Daidai.
* — chirocarpus	Kunembo.
Hovenia dulcis	
*Vitis vinifera	Budo.
*Prunus tomentosa, prune	Mume.
— mume	
— japonica	
— armenica	
Amygdalus persica, pêche	Momo.
Pyrus japonica, poire	Nashi.
— malus, pomme	Ringo.
* — cydonia, coing	Marumero-kwarin
Mespilus japonica, néflier	Biwa.
Punicagranatum	Zakuro.
Trapa bispinosa	Hishi.
Lagenaria hispida, d'où se tire le	Kambio.

les nerfs proprement dits et dans les glandes salivaires. Nous avons pu donner la rage par des portions dn nerf pneumogastrique, recueillies soit à son origine, à la sortie du crâne, ou en des points plus éloignés. Les nerfs sciatiques nons ont offert également le virus ainsi que les glandes maxillaires, parotides et snblinguales. Tout le système nerveux du centre à la périphérie est donc snsceptible de cultiver le virus rabique. On se rend compte de la surexcitation nerveuse qui se manifeste dans une foule de cas de rage et qu'on voit se tradnire si souvent chez l'homme par l'étrange symptôme de l'aérophobie.

La virulence de la salive et des glandes salivaires a été constatée sur des chiens rendus rabiques par inoculations intracrâniennes on intraveineuses on sur des chiens atteints de rage dite spontanée.

3o Nous avions constaté antérieurement que le virus rabique pouvait se conserver, avec toute sa virulence, dans l'encéphale et dans la moelle pendant plusieurs semaines, lorsque la putréfaction des cadavres était empêchée par nne température comprise entre zéro et 12 degrés au-dessus de zéro.

Nous avons reconnu que le virus enfermé pur dans des tnbes scellés à la lampe d'émailleur se conservait également pendant trois semaines et un mois, même aux températures de l'été.

4o Nons avons vérifié de nouveau que le virus rabique pouvait exister dans le liquide céphalo-rachidien, mais qne sa présence n'y était pas constante et même que ce liquide pouvait donner la rage, lorsqn'il avait une apparence limpide, tandis qu'il ponvait ne pas la communiquer lorsqu'il était sensiblement opalescent.

5o Nous avons fait beaucoup de tentatives de cultures du virns rabique, soit dans ce liquide céphalo-rachidien, soit dans d'autres substances et même dans la moelle extraite à l'état de pureté, d'animaux sacrifiés en pleine santé. Jusqu'à présent, nous n'avons pas réussi. « N'y aurait-il donc pas de microbe rabique, me disait, à ce propos, au mois de mai dernier, notre confrère M. Bouley ? — Tout ce que je puis vous assurer, lui répondis-je, c'est que, si vous me présentiez un cerveau rabique et nn cerveau sain, je saurais dire à l'examen microscopique des matières des deux bulbes : celui-ci est rabique, celui-là ne l'est pas. Tous deux offrent en nombre immense des grannlations moléculaires, mais le bulbe rabique en montre de plns fines, de plns nombreuses, et on est tenté de croire à nn microbe d'une petitesse infinie, n'ayant ni la forme de bacille, ni celle d'un microcoque étranglé : ce sont comme de simples points. »

Une seule méthode nous a permis, quant à présent, d'isoler ces granulations de tous les autres éléments de la matière nerveuse. Cette méthode consiste à injecter dans les veines d'un animal rabique, au moment où l'asphyxie commence, du virus pur emprunté au bulbe d'un animal mort de rage. En très peu d'heures, soit que les éléments normaux de la matière nerveuse se fixent dans les capillaires, ou que plutôt le sang les digère, il ne reste dans ce dernier fluide que les granulations infiniment petites dont nous venons de parler. En outre, dans ces conditions toutes particulières, on peut les rendre colorables aisément par les couleurs dérivées de l'aniline (1).

Au sujet du sang des rabiques, dans nne circonstance, nous avons pu communiquer la rage à un chien à l'aide du sang d'un lapin mort de rage. Nous reviendrons sur ce fait d'une grande importance.

Une question nous a beaucoup occupés.

On sait qne, le plus souvent, le chien mordu, s'il devient enragé, manifeste de la fureur avec propension à mordre et avec cet aboiement spécial qu'on désigne sous le nom d'*aboiement rabique*. Dans les conditions habituelles de nos expériences, lorsque nous inoculons le virus rabique dans une veine on dans le tissn cellulaire, sous la peau, c'est la rage paralytiqne, sans aboiement ni fureur, qui se manifeste ordinairement. La trépanation, au contraire, donne le plus souvent la rage furieuse. Nons avons reconnu qu'il était possible d'obtenir la rage furieuse par l'inoculation intraveineuse ou hypodermique, à la seule condition de se servir de très petites quantités de virus. Moins on emploie de virus pour les inoculations hypodermiques on intraveineuses, plns facilement on obtient la rage furieuse.

Nous avons reconnu, d'autre part, que l'emploi de petites quantités inoculées peut prolonger beaucoup la durée des incubations et qu'en poussant la dilution au delà d'une certaine

(1) Nous n'avons pas encore les preuves définitives que ces granulations soient bien le microbe rabique. Nous sommes occupés à les réunir.

Momordica charantia	Tsuru-reishi.
*Cucumis sativus, citrouille	Kiuri.
* — melo, melon	Makuwa-uri.
* — flexuosus	Awo-uri.
* — conomon	Shiro-uri.
*Citrullus edulis, melon d'eau	Suikwa.
*Cucurbita pepo, courge	Bofuri.
*Dyospiros kaki, figue caque	Kaki.
*Solanum æthiopicum, fruit long d'un pied	Nasubi.
Eleagnus umbellata	Aki gumi.
— multiflora	Newashiro gumi.
— pungens	Natsu gumi.
— glabra	Yama gumi.
Morus alba (d'emploi rare)	Kuwa.
*Juglans regia, noix	Kurumi.
— sieboldiana	Hime kurumi.
— mandschurica	—
— japonica	Oni kurumi.
*Quercus cuspidata, gland	Shii.
*Castanea vulgaris, châtaigne	Kuri.
*Corylus heterophyllus, noisette	Hashibami.
Myrica rubra	Yama-momo.
*Torreya nucifera, if	Kaya.
Ginkgo biloba	Gin-nan.

Les condiments sont fournis par les diverses espèces de *Xanthoxylum (piperitum, ailanthoïdes, planispinum)* qui jouent le rôle de poivre, et par le piment rouge ou *capsicum annuum*.

Les boissons sont l'eau, l'infusion de thé et la bière de riz ou *saké*.

La cuisine japonaise est à la fois très simple et très difficile simple quant à la préparation des aliments, difficile quant à leur choix. Celui-ci varie avec les circonstances de la vie, les époques de l'année, la situation des convives. Mais ces règles de la civilité culinaire me sont inconnues.

Ce qui nous intéresse et ce qui caractérise surtout les préparations culinaires du Japon, c'est l'absence de graisse. Jamais de friture, ni beurre ni huile pour faire des sauces. Il n'y a que deux procédés de cuisson : exposition au-dessus d'un feu ardent ou

limite, qui n'est pas très élevée, l'inoculation du virus est sans effet. L'intérêt de ces conclusions m'engage à donner ici les détails de deux expériences :

Le 6 mai 1883, on inocule, par injection dans la veine du jarret droit de trois chiens, un bulbe rabique délayé dans du bouillon stérilisé : au premier chien, 1/2 centimètre cube de liquide trouble ; au sesecond, 1/100 de cette quantité ; au troisième, 1/200.

Dès le dixième jour, le premier chien n'a plus son appétit ordinaire, le dix-huitième jour il est complètement paralysé et meurt deux jours après sans avoir eu d'aboiement ni d'envie de mordre. Le second chien mange encore le trente-septième jour après l'inoculation ; le trente-huitième, il a des allures suspectes ; le trente-neuvième, il a la voix rabique. Le lendemain on le trouve mort. Le troisième chien n'a pas pris la rage.

Dans une autre expérience, on a inoculé dans une veine du jarret, à un premier chien, 1 centimètre cube de matière rabique délayée dans du bouillon stérilisé ; à un deuxième chien, 1/20 de cette quantité ; à un troisième chien, 1/50.

Les durées d'incubation ont été de sept jours, de vingt jours, de vingt-cinq jours. En outre, les deux premiers chiens ont eu une rage paralytique, et le troisième une rage furieuse, aboyeuse et mordeuse.

Nous avons vérifié que, lorsque les petites quantités n'ont pas donné la rage, l'animal a été susceptible de la prendre par de nouvelles inoculations ultérieures de virus rabique. En d'autres termes, les inoculations de petites quantités n'ont pas créé d'immunité.

6° Dans ma précédente lecture sur la rage, j'ai fait savoir que nous avions rencontré chez le chien des cas de disparition des premiers symptômes rabiques avec reprise du mal assez longtemps après. Nous avons depuis reconnu l'existence de ce fait chez les lapins. En voici un exemple : Un lapin est pris de paralysie rabique treize jours après la trépanation. Les jours suivants il se guérit complètement ; la paralysie reprend quarante-trois jours après et il meurt rabique le quarante-sixième jour.

7° Ces faits sont cependant fort rares chez le lapin comme chez le chien, mais nous les avons vus se produire un grand nombre de fois chez les poules, et dans cette espèce la mort peut suivre la reprise du mal ou ne pas avoir lieu, comme nous en avons signalé un exemple sur le chien dans notre précédente communication.

Je ferai observer, en passant, que la poule qui est prise de rage ne nous a jamais offert de symptômes violents. Ces symptômes se manifestent seulement par de la somnolence, de l'inappétence, de la paralysie des membres et souvent une grande anémie qui se traduit par la décoloration de la crête.

8° Nous avons apporté beaucoup de soin à contrôler certaines assertions récentes concernant une atténuation présumée du virus rabique par l'action du froid et également le passage prétendu de la rage de la mère au fœtus.

Quoique nos expériences sur ces deux points aient été bien plus nombreuses que celles qui ont été invoquées pour les mettre en avant, nous n'avons obtenu que des résultats entièrement négatifs.

9° La sûreté d'inoculation de la rage par l'injection intraveineuse du virus dit assez que l'hypothèse du passage de ce virus de la périphérie aux centres nerveux par les nerfs ne peut être considérée comme la seule voie de propagation du virus et que, dans la plupart des cas, tout au moins, l'absorption du virus se fait par le système sanguin.

A tout prendre cependant, on peut contester cette manière de voir. Pour inoculer le virus rabique dans une veine, il faut un traumatisme, couper la peau et dénuder la veine. Ne pourrait-on pas admetttre que le virus introduit dans le système sanguin circulatoire revient aussitôt à la blessure et trouve là, béants, des nerfs ou des vaisseaux lymphatiques? L'expérience suivante supprime absolument cette objection : nous avons à diverses reprises inoculé le virus rabique dans une veine de l'oreille, puis aussitôt on a coupé l'oreille à l'aide du thermocautère au-dessous de la piqûre. Dans tous les cas, la rage s'est déclarée. Or le thermocautère ne donne pas de plaie proprement dite. Toute la surface de la partie coupée est brûlée.

J'ai hâte d'arriver à la partie de cette lecture qui mérite le plus d'attirer l'attention.

L'Académie n'a pas oublié que la découverte de l'atténuation des virus, jointe aux applications qui en ont été faites à la prophylaxie de plusieurs maladies, ont mis en pleine lumière ce fait capital de la production expérimentale possible de divers états de virulence pour un même virus.

La rage est, par excellence, une maladie virulente. Les effets et la nature de son virus sont entourés de tels mystères, qu'il est naturel de rechercher si le virus rabique serait lui-même susceptible de manifester des virulences variées. L'expérience nous a montré que la réponse à cette question doit être affir-

ébullition prolongée dans l'eau. Il n'y a qu'une sauce, le *shoyou*, qui est absolument dépourvue de corps gras.

Bon nombre d'aliments se mangent crus en nature, sans aucune préparation, ou bien avec addition d'un assaisonnement : sel, sucre, vinaigre ou *shoyou*. Sous le nom de *sashimi*, certains poissons se mangent tout crus. Ils sont taillés d'avance par fines tranches; il ne reste plus qu'à les tremper dans le *shoyou*. C'est un mets recherché et renommé; d'autres poissons ont été desséchés au soleil : ils sont durs comme du bois et on en rabote des copeaux pour donner du goût aux soupes.

Le *daïcon* se mange à toutes les sauces; il y a des prunes qui se mettent confire dans le sel

Le riz, les patates, les *sato-imo*, l'arum, la sagittaire, les bulbes de lis, la bardane, se font bouillir à l'eau. Le riz doit être adhérent en masses volumineuses. Il est sec à la bouche; il faut y ajouter du thé pour en faciliter la déglutition.

La plupart des feuilles, les *na*, les chrysanthèmes, les fucus, les algues, se traitent par ébullition et donnent une infusion de goût peu attrayant, qui se corrige par addition de poisson sec ou salé.

Le gland de chêne se mange grillé. Quelques laminaires, le poisson salé, se font chauffer au feu. Dans de petites marmites, on fait avec des tranches de poisson, de seiche, d'haliotis, d'oie, de poulet ou de gibier, mêlés à des oignons et du tofu, une fricassée supportable, désignée du nom de *nabé*.

On jugera de la composition des repas japonais, de la nature et de la quantité des aliments, par les deux tableaux suivants, que j'emprunte à un remarquable travail du docteur Scheube (1) :

1° Repas d'un jeune étudiant :

	matin	midi	soir
Riz cuit..............	420	397	376
Sardines et oignons....	»	41	»
Bouilli de bœuf.........	»	75	126
Fromage de baricots...	»	»	144
Daïcon salé............	38	24	30
Thé...................	400	240	240

Au total par jour et en poids : 2,551 grammes.

(1) *Die Nahrung der Japaner* (DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR NATUR UND VOLKERKUNDE OSTASIENS, 27 Heft).

mative. A défaut d'autres méthodes, qui sont encore à l'étude, nous avons reconnu que le passage d'un virus rabique par les diverses espèces animales permet de modifier, plus ou moins profondément, la virulence de ce virus. Lapins, cobayes, poules, singes, prennent la rage. Lorsque, par des passages successifs, le virus a atteint une sorte de fixité propre à chaque race, la virulence de ces virus est loin d'être la même, et elle diffère sensiblement de la virulence de la rage canine, virulence fixée elle-même par les nombreux passages de chiens à chiens par morsures depuis un temps immémorial. Dans ma pensée, il n'y a pas de rage spontanée.

Nous possédons présentement un virus qui donne la rage au lapin, en sept et huit jours, avec une constance si grande qu'on peut assigner, à quelques heures près pour ainsi dire, la durée de l'incubation, mesurée par un changement dans la température ou par l'apparition des premiers symptômes rabiques extérieurs. Nous possédons également un virus rabique qui donne la rage aux cobayes en cinq et six jours, avec non moins de certitude dans la durée de l'incubation.

Avant d'arriver à la fixité, dont je parle pour les diverses espèces animales, la virulence varie sans cesse. Nous jugeons que, pour une même espèce, la virulence est en raison inverse du nombre des jours d'incubation, lorsque toutes choses sont égales d'ailleurs et que, notamment, la proportion du virus inoculé est aussi égale que possible pour un même mode d'inoculation. En général, chez les jeunes animaux, la durée d'incubation est un peu plus courte que chez les adultes.

Comme on ignore absolument l'état que prendrait le virus rabique du chien communiqué à l'homme après des passages successifs d'homme à homme, nous avons été conduits à essayer la rage de singe à singe.

Je communiquerai plus tard les résultats de cette étude, fort digne d'intérêt, mais encore inachevée.

J'ai déjà annoncé qu'il existait dans mon laboratoire quelques chiens réfractaires à la rage pour tous les modes d'inoculation. Je puis ajouter aujourd'hui qu'ils sont réfractaires également pour toutes les natures de virus rabique. Toutefois, à l'époque de ma dernière lecture à l'Académie concernant la rage, nous avions dû, par l'insuffisance de nos observations à ce moment, nous poser la question de savoir si ces chiens étaient naturellement réfractaires à la rage, ou réfractaires par quelque circonstance des opérations qu'ils avaient subies antérieurement.

Nous pouvons aujourd'hui faire à ces questions des réponses plus précises, quoique entourées encore de certaines réserves.

Je me crois autorisé à affirmer que nos chiens n'étaient pas réfractaires à la rage par leur constitution naturelle. Nous avons, en effet, trouvé le moyen assez pratique d'obtenir des chiens réfractaires à la rage, en nombre aussi grand qu'on peut le désirer. Cependant, en considération de la grande durée possible des incubations de la rage qui jette toujours quelque doute sur les épreuves de contrôle, je prie l'Académie de vouloir bien pour un temps faire crédit à cette assertion et permettre, en outre, que je me borne à lui dire actuellement que l'état réfractaire est obtenu par un système d'inoculations de virus de divers ordres. Nous possédons en ce moment vingt-trois chiens qui subissent encore sans danger des inoculations virulentes.

Pouvoir rendre des chiens réfractaires à la rage, ce serait non seulement une solution de la question de la prophylaxie de cette affection chez le chien, mais encore chez l'homme, puisque l'homme ne contracte jamais la rage qu'à la suite d'une morsure dont le virus provient directement ou indirectement du chien.

La médecine humaine ne pourra-t-elle pas profiter de la longue durée d'incubation de la rage pour tenter d'établir dans cet intervalle de temps, avant l'éclosion des premiers symptômes rabiques, l'état réfractaire des sujets mordus ? Mais, avant la réalisation de cette espérance, un long chemin reste encore à parcourir.

L'Académie aura fait sans doute cette remarque que les observations présentes et antérieures ont été obtenues sans qu'il ait été besoin de recourir à la connaissance du contage même de la maladie. *(Applaudissements).*

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

DE L'ACHOLIE PIGMENTAIRE (1), par M. ALBERT ROBIN.

Dans la séance de la Société de biologie du 26 janvier 1884,

(1) Etude urologique faite à propos d'un cas d'acholie pigmen-

2° Repas d'un garçon d'hôpital :

	matin	midi	soir
Riz cuit	383	381	405
Poisson rôti	»	22	»
Soupe au *miso* (1)	»	159	»
Pois cuits	»	»	61
Œufs	»	»	158
Sushi (2)	»	»	344
Daicon salé	52	37	56
Thé	353	240	400

Au total par jour et en poids : 2,051 grammes.

On remarquera que le riz constitue à lui seul la moitié de la masse totale des aliments, et que le poids total des substances ingérées se rapproche sensiblement de la moyenne européenne et ne la dépasse pas.

(1) Bouillie de baricots cuits fermentée avec du riz et du sel.
(2) Riz cuit mélangé avec du vinaigre et de la viande crue de poisson.

Il était bien autrement intéressant de savoir si les usages culinaires ont apporté des modifications graves dans les rapports des trois ordres d'éléments : albumineux, graisseux et amylacés. A l'aide des analyses que le professeur Kinch a faites des diverses substances alimentaires communes, Scheube a évalué la composition des repas de ses Japonais en expérience et conclu aux chiffres suivants :

Albumine	63 à 125.
Graisse	6 à 18.
Amylacés	419 à 542

C'est une diminution considérable dans la quantité de graisse donnée comme moyenne en Europe : 56 grammes par jour. Cependant les Japonais ne sont pas nécessairement maigres ; ils arrivent à former de la graisse aux dépens de leurs aliments albuminoïdes et surtout amylacés, et quelques-uns d'entre eux, les *soumo* ou lutteurs, arrivent à se surcharger d'un embonpoint énorme, nécessaire à leur profession.

Cette diminution de la graisse ingérée n'a aucun retentissement sur l'économie ; l'urée est normale : 28 grammes par jour, 0,55 centigrammes par kilo, la moyenne du poids des Japonais

M. Hanot a présenté une note fort importante relative à un cas de suppression de la fonction biliaire du foie. Mon éminent collègue a bien voulu me confier l'examen des urines de son malade, et je viens communiquer aujourd'hui les résultats de mon étude. Ces résultats, assez inattendus, me paraissent devoir éclairer un peu la question encore si obscure de l'acholie, en guidant les médecins dans la découverte des signes capables de constituer les formes cliniques dont nos recherches font soupçonner l'existence.

Voici quels étaient les principaux caractères physiques et chimiques de ces urines :

Caractères physiques.

Quantité de 24 heures	3,000cc.
Densité à 15° F.	1,012
Couleur	Jaune très pâle.
Aspect	Assez trouble.
Sédiment	Assez abondant,

blanc jaunâtre, cristalloïde, essentiellement formé de cristaux caractéristiques de phosphate ammoniaco-magnésien et de quelques amas de phosphate de chaux.

Caractères chimiques.

Matériaux solides	82 gr. 88
Urée	21 87
Chlorures	17 40
Acide phosphorique total	2 25
Acide sulfurique des sulfates	2 283
Acide sulfurique sulfoconjugué	0 227
Soufre facilement oxydable	0 441
— difficilement oxydable	1 503
Acide sulfurique total	4 454
Potasse	2 697
Phénol	Indosable.
Albumine	0
Glucose	0
Inosite	0
Pigment biliaire	0
Pigments urinaires anormaux	0
Urohématine	Considérable.

Traitée par l'acide nitrique, l'urine, très pâle, prend une coloration rouge hyacinthe des plus intenses.

Étant donnée cette analyse, peut-on en tirer quelques indications sur l'état de la fonction biliaire chez le malade de M. Hanot ?

Un fait est incontestable, c'est que cette sécrétion s'accomplit au moins d'une manière anormale, et que, d'après l'observation clinique, il paraît y avoir une acholie complète. Or l'examen des urines ne conduit pas à une conclusion aussi absolue, et je vais démontrer que l'acholie reconnaît probablement plusieurs variétés dont l'un des types est représenté par le malade de M. Hanot.

Les éléments essentiels de la bile étant les pigments et les acides biliaires, il en résulte qu'en cas d'acholie totale et absolue il ne se forme dans le foie ni pigment ni acides biliaires, et que l'analyse chimique, par conséquent, ne saurait déceler nulle part dans l'organisme ni pigment ni acides biliaires, non plus que les éléments qui pourraient résulter de leur décomposition.

Or il n'en est pas ainsi chez le malade de M. Hanot.

En effet, une étude minutieuse des différents états sous lesquels le soufre est éliminé par les urines, nous apprend que, sur une quantité totale d'acide sulfurique de 4 gr. 454, l'acide sulfurique des sulfates entre pour 2 gr. 283, l'acide sulfurique sulfoconjugué pour 0 gr. 227, soit en tout 2,510 *d'acide sulfurique préformé.*

D'autre part, le soufre facilement oxydable atteint le chiffre de 0 gr. 447; le soufre difficilement oxydable (1) celui de 1 gr. 503, soit un total de 1 gr. 944 de *soufre incomplètement oxydé.* Ceci équivaut à dire, en somme, que 43,6 pour 100 du soufre total de l'urine sont éliminés sous forme de soufre *incomplètement oxydé.*

Or, on sait, depuis les recherches de M. Lépine et de M. Zuelzer (2), qu'il existe un rapport constant entre la sécrétion

taire observé par M. Hanot. Voyez COMPTE RENDU GÉNÉRAL DES ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS MÉDICALES, numéro du mercredi 6 février 1884.

(1) Le soufre est calculé en H^2SO^4. J'entends par soufre facilement oxydable celui qui correspond à l'acide sulfurique obtenu quand on traite l'urine par le chlorate de potasse et l'acide chlorhydrique. Pour doser le soufre difficilement oxydable, j'emploie la méthode de M. Lépiné (azotate de potasse).

(2) Voyez, pour l'historique de la question : LÉPINE, REVUE DE MÉDECINE, 1881, p. 27 et 911.—LÉPINE ET GUÉRIN : *Note sur le soufre incomplètement oxydé dans l'urine*, communications faites à la

étant de 50 kilos. L'acide urique est également normal, le chlorure de sodium est en surcharge et les phosphates et les sulfates sont en infériorité.

Du reste, si ces données précises nous manquaient, pourrions-nous déclarer insuffisante une nourriture qui permet aux hommes de peine d'accomplir des travaux impossibles à beaucoup d'Européens ? Avec cette alimentation, peut-être même *à cause d'elle*, un coureur traînant cabriolet et voyageur parcourt communément 14 ou 15 lieues dans sa journée et peut faire jusqu'à 28 lieues, 112 kilomètres.

Les muscles de ces hommes feraient envie à plus d'un mangeur de beefsteack.

On sait que les Japonais, de même que les Chinois, n'emploient pas dans leurs repas d'autres instruments que deux petites baguettes de bois ou d'ivoire, d'une longueur de 20 centimètres, du volume d'un porteplume effilé en pointe. Ces bâtons doivent former les deux branches d'une pince avec laquelle seront saisis les aliments solides. Ils se tiennent d'une seule main : l'un d'eux est fixe, l'autre mobile. Ils doivent dépasser les doigts d'une certaine longueur.

Le premier est appuyé, d'une part sur le sommet de l'angle formé par le pouce et l'index, d'autre part sur la rainure entre l'ongle et la pulpe digitale de l'annulaire. C'est la pression de la racine du pouce qui lui donne sa fixité.

Le deuxième est saisi par l'extrémité du pouce et l'extrémité de la deuxième phalange de l'index. La dernière phalange de l'index et celle du médius s'appliquent sur lui comme sur une plume à écrire, et il suit leurs mouvements.

Les bâtons suffisent à déchiqueter les aliments ramollis par l'ébullition ; quant aux parties dures, elles ont été coupées en fines tranches préalablement, de sorte que l'emploi du couteau est inutile.

Les repas sont servis dans des tasses de porcelaine ou de laque, il faut boire le liquide et pincer le solide. La rapidité avec laquelle les Japonais prennent ces repas est quelquefois un sujet d'étonnement. Votre coureur demande à s'arrêter pour manger; il s'absente 2 ou 3 minutes et revient : il a fait un repas copieux. Ceci tient à ce que les aliments sont composés et préparés de telle sorte que les Japonais n'ont souvent pas besoin de les mâcher, par exemple le riz. La bouche s'ouvre ; la main

de la bile et le soufre incomplètement oxydé de l'urine, celui-ci provenant de la taurine ou de corps sulfurés de même ordre résorbés, soit dans le foie, soit dans l'intestin, après le dédoublement de l'acide taurocholique de la bile.

Donc, pour qu'il y ait dans l'urine du soufre incomplètement oxydé, il est indispensable qu'il se soit formé préalablement des corps biliaires sulfurés dans l'organisme. Et comme, jusqu'à présent, on considère le foie comme le seul organe capable de fabriquer ces corps sulfurés dont l'acide taurocholique et secondairement la taurine peuvent être considérés comme les types; comme d'un autre côté, cet acide taurocholique est un des principes essentiels de la bile, il s'ensuit que chez le malade de M. Hanot, la fonction biliaire ne paraît pas atteinte dans tous ses termes, puisque la cellule hépatique est encore capable de sécréter un des éléments capitaux de la bile.

Nécessairement on doit admettre cette dernière conclusion, à moins qu'on ne suppose que la taurine ou les corps sulfurés dont il s'agit puissent être fabriqués dans un autre organe que le foie. Mais, jusqu'à présent, il est peu de faits qui viennent donner créance à cette manière de voir. Je ne pense pas, en effet, qu'elle puisse être étayée sur des faits aussi vagues que ceux de E. Etti, de Frédéricq et de Sotnitschewsky, qui signalent la présence de traces de taurine dans les muscles d'un vieux cheval maigre, dans ceux des céphalopodes, ainsi que dans les poumons frappés de pneumonie croupale (1).

Une objection plus sérieuse, quoique encore peu précise, pourrait être fondée sur cette assertion de M. Lépine, que l'on peut, dans certains cas, trouver dans l'urine du soufre difficilement oxydable, sans que celui-ci provienne de la taurine ou de ses dérivés. Mais, s'il en était ainsi, il faudrait encore prouver que les éléments sulfurés originels prennent naissance ailleurs que dans le foie (1).

Certes, personne ne pensera à baser un argument contradictoire sur la quantité de soufre incomplètement oxydé trouvé dans l'urine du malade, puisqu'il est acquis depuis les dosages de M. Lépine, que dans l'urine normale la proportion de soufre non oxydé atteint 10 à 12 0/0, au plus 20 % de la quantité totale du soufre urinaire. Dans le cas actuel, je trouve la proportion de 43, 6 0/0. Et d'autre part, tandis que dans l'état normal, le rapport du soufre total est à l'azote de l'urine, comme 20 est à 100, ce rapport s'élève ici à 43,7 0/0. Voilà une proportion énorme, supérieure même aux chiffres les plus élevés qu'ait obtenus M. Lépine dans ses recherches sur l'homme, puisque son maximum n'a pas dépassé 41,9.

Il n'y a donc pas *acholie absolue* dans le cas qui nous occupe, puisque le foie fabrique encore des acides biliaires ou des corps sulfurés dont on trouve les produits de décomposition dans l'urine; ce foie sécrète donc un liquide biliaire, mais c'est une bile incomplète, dans laquelle fait défaut l'un des éléments primordiaux de ce liquide, à savoir le pigment.

L'urologie me conduit donc à cette conclusion qu'il s'agit très probablement ici d'une *acholie* que, suivant l'heureuse expression de M. Hanot, on peut qualifier de *pigmentaire*.

Mais si l'existence de cette variété d'acholie est présumable, n'est-on pas en droit de supposer qu'il peut exister aussi une *acholie des acides biliaires* et enfin une *acholie totale*, soit trois formes d'acholie. Nous ne connaissons que la première de ces variétés dont le type serait fourni par l'observation de M. Hanot; nul doute qu'en étudiant de près des malades de même ordre, on n'arrive à découvrir les autres et à fixer les caractères cliniques qui leur correspondent.

On pourrait se demander maintenant ce que devient l'hémoglobine des globules rouges du sang qui se détruisent dans

Soc. des sc. méd. de Lyon pendant le deuxième semestre de 1882. Lyon, 1883.

LÉPINE ET GUÉRIN: REVUE DE MÉDECINE, 1881, p. 1,001.—ZUELZER. *Untersuchungen über die Semiologie des Harns*, Berlin, 1884.

(1) E. ETTI: ŒSTERR. VIERTELJAHRSCH. FÜR WISSENSCH. VETERINÆRKUNDE, 1871, B. XXXVI, Heft I.

FRÉDÉRICQ: BULLETIN DE L'ACAD. DE MÉDECINE DE BELGIQUE, 2e série, t. XLVI, 1878.

SOTNITSCHEWSKY: ZEITSCHRIFT FÜR PHYS. CHEMIE, t. IV, p 217, 1880.

CLOETTA dit aussi avoir trouvé des traces de taurine dans les poumons et dans les reins, et Cloëz dans les capsules surrénales.

(1) Si l'on opposait que le soufre incomplètement oxydé provenait, dans le cas actuel, de la cystine, je puis répondre encore que Marowsky (DEUTSCH. ARCHIV., t. IV, p. 449, 1867) admet un rapport entre la cystinurie et la sécrétion biliaire. D'ailleurs, avec la quantité de cystine qui correspondrait au poids du soufre incomplètement oxydé que j'ai dosé, on eût trouvé un sédiment de cystine, ou tout au moins l'urine eût précipité par l'acide acétique, ce qui n'a pas eu lieu.

gauche élève la tasse à sa hauteur; la main droite, armée des petits bâtons, y projette les aliments. On voit une série de mouvements de déglutition et c'est fini.

Suivant les uns (Wernich), cette rapidité de l'alimentation amènerait des troubles digestifs; suivant les autres (Bælz et Scheube), au contraire, elle n'aurait aucun inconvénient, mais on observerait un phénomène très curieux de l'adaptation des Japonais à leur nourriture : ils auraient, comme les herbivores, l'intestin plus long.

D'après 26 observations, faites par le docteur Scheube et par M. Taguchi, anatomiste japonais (1), la longueur de l'intestin serait plus grande chez les Japonais que chez les Européens. Si l'on compare la longueur du corps avec celle de l'intestin, on arrive à un résultat bien étonnant. A 100 centimètres de stature chez l'Européen correspondent 506 centimètres d'intestin; à 100 centimètres de stature chez le Japonais correspondent 607 centimètres d'intestin. C'est donc une augmentation de longueur d'un cinquième.

(1) *Længe des Darms bei Japanern.* (DEUTSCHE GESELLSCHAFT F. NATUR UND VOLKERKUNDE OSTASIENS, 1882, 27e cahier).

— LONDRES. — En reconnaissance des services rendus par lui pendant la récente épidémie de choléra en Égypte, le chirurgien général William Hunter vient d'être fait chevalier de l'ordre de Saint-Michel et de Saint-Georges.

HÔPITAL TROUSSEAU. — M. le docteur Cadet de Gassicourt recommencera ses leçons cliniques sur les maladies de l'enfance le jeudi 13 mars, à dix heures, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

—Le banquet des médecins des bureaux de bienfaisance aura lieu mercredi 19 mars, à sept heures du soir, dans les salons de Véjour, rue Beaujolais. 15.

Le montant de la souscription est de 15 francs.

On s'inscrit chez :

MM. Chevallereau, 9, rue de Rivoli;
Commenge, 18, avenue Victoria;
Gibert, 38, rue Keller;
Guyet, 13, rue Castellane;
Lenoir, 22, rue du Bouloi;
Passant, 29, rue de Grenelle;
Paul Richard, 104, rue de Rivoli.

l'organisme de ce malade; on sait qu'à l'état normal cette hémoglobine est l'origine du pigment biliaire. Sans résoudre la question d'une manière définitive, je tends à admettre que cette hémoglobine, au lieu de faire du pigment biliaire ou de l'hémaphéine, donne naissance au chromatogène urohématine qu'on trouve dans l'urine en quantité vraiment colossale.

Cette étude urologique, faite à propos de l'observation capitale de M. Hanot, ouvre largement le champ des théories sur la fonction biliaire. En effet, si les sécrétions du pigment et des acides ou corps sulfurés biliaires peuvent avoir lieu indépendamment l'une de l'autre, c'est ou bien parce que *ces deux sécrétions s'accomplissent à l'aide de matériaux dissemblables*, ou bien parce qu'*elles ont leur siège dans des protoplasmas différents*. Voilà une voie nouvelle qui se dégage de mon analyse. Je ne fais que l'énoncer aujourd'hui, car, avec ce seul cas pour point d'appui, elle ne saurait être actuellement discutée.

Mais il reste une difficulté à écarter. Dans les observations de M. Lépine et de Zuelzer, le soufre incomplètement oxydé éliminé par l'urine est d'autant plus abondant qu'il existe un obstacle plus marqué à l'écoulement de la bile. C'est quand on a lié le canal cholédoque sur les animaux ou quand il existe chez l'homme de l'ictère par rétention, que l'on trouve des rapports dépassant 20 0/0 de soufre total. Il faudrait donc admettre que, chez le malade de M. Hanot, la bile ne s'écoule pas dans l'intestin. Mais M. Hanot, au nom de la clinique, repousse absolument cette manière de voir; pour lui, le canal cholédoque de son malade est perméable.

Si donc la bile est versée dans l'intestin, il est nécessaire d'admettre que sa résorption intestinale a été très active, puisque le soufre d'origine biliaire forme près de la moitié du soufre total de l'urine, au lieu d'en former un cinquième seulement, comme il arrive chez un individu à résorption intestinale normale.

En résumé, si l'on se croit en droit, malgré les arguments précédents, de repousser l'idée d'une acholie simplement pigmentaire, et d'admettre, par conséquent, une acholie totale, la conclusion qui ressortirait alors de mes recherches, c'est que *la taurine ou les corps sulfurés analogues peuvent être fabriqués ailleurs que dans le foie*, puisqu'on trouve dans l'urine une proportion de soufre incomplètement oxydé qui indique la présence d'une notable quantité de ces éléments dans ce liquide.

Mais, pour ma part, la première opinion me paraît bien plus conforme à la vérité et la quantité inappréciable de phénol existant dans cette urine vient encore l'appuyer. Car si les acides biliaires, à qui la bile doit ses propriétés antiputrescibles, ne passaient pas dans l'intestin, celui-ci serait le siège de putréfactions dont le phénol est l'un des produits constants. M. Hanot a noté, il est vrai, un tympanisme considérable chez son malade : mais le développement de gaz n'implique pas fatalement des putréfactions intestinales; il peut résulter de fermentations de tout autre ordre.

L'analyse de cette intéressante observation soulève encore bien des points dignes de remarque; mais, pour l'instant, je me bornerai à en signaler un seul, c'est le rapport entre l'azote des ingesta et l'azote de l'urée. Comme M. Hanot a fait soigneusement peser les aliments pris par son malade, ce rapport est facile à établir.

La quantité d'albumine contenue dans les aliments de vingt-quatre heures peut être évaluée à 122 gr. 10 (1), soit 19 gr. 29 d'azote. Or la quantité d'azote qui répond à l'urée des vingt-quatre heures est de 10 gr. 19, soit 52,5 0/0 seulement de l'azote ingéré. Si l'on admet avec Lehmann que l'on retrouve dans l'urine, sous forme d'urée, 82,5 0/0 de l'azote ingéré, il s'ensuit que le malade de M. Hanot présente un déficit assez notable de 30 0/0.

Evidemment, les partisans de la doctrine qui place dans le foie la source de l'urée chercheront dans ce fait un appui pour leur théorie. Je ne nie pas que l'argument puisse être employé, mais il est loin d'être probant, puisqu'on peut objecter qu'avec ce foie aux fonctions abolies ou tout au moins très ralenties, l'organisme a pu fabriquer encore 21 gr. 87 d'urée, soit un chiffre très normal. Quant au déficit azoté de 30 0/0, il y a pour le justifier des hypothèses aussi plausibles que celle de l'inactivité hépatique. Ne peut-on supposer qu'une partie de cet azote s'est fixée dans l'organisme, ou qu'une fraction des albumines ingérées n'a pas été utilisée dans le tube digestif, etc.? Tout ce qu'on pourrait concéder, c'est qu'une petite portion du déficit azoté représenterait la part qui revient au foie dans la formation de l'urée.

Mais tout ceci rentre déjà dans la spéculation pure, et m'écarterait du but de cette étude, dont l'objet principal était de fixer l'attention des médecins sur l'existence possible de plusieurs variétés d'acholie et en particulier de l'acholie pigmentaire.

REVUE D'HYDROLOGIE

(Suite. — Voir le numéro 5.)

ACTION DE L'EAU MINÉRALE DE CONTREXÉVILLE CHEZ LES CALCULEUX, ÉTUDIÉE AU POINT DE VUE DU DIAGNOSTIC DE LA PIERRE ET DU RÉSULTAT ULTÉRIEUR DES OPÉRATIONS, par le docteur BRONGNIART. (*Annales de la Société d'hydrologie*, 87 pages.)

Ceci est un travail très étudié, très pratique, dont les conclusions me paraissent d'une correction parfaite au point de vue des principes que la clinique thermale a permis d'établir.

On connaît la spécialisation formelle des eaux de Contrexéville dans la gravelle, soit urique, soit phosphatique, c'est-à-dire soit diathésique, soit catarrhale.

On sait, en outre, ou l'on doit savoir, que ces eaux, comme toutes les autres, n'exercent aucune action directe sur les concrétions elles-mêmes, soit graviers, soit calculs. Ce que l'on peut attendre de la médication thermale dans les concrétions urinaires, c'est : 1° une action diathésique sur les conditions pathogéniques; 2° une action résolutive de l'état catarrhal concomitant; 3° une action expultrice qui ne peut s'exercer que sur les graviers proprement dits et à laquelle se soustraient nécessairement les calculs.

Combattre la cause pathogénique, enrayer les conséquences pathologiques, écarter le produit morbide, telles sont les indications de tout traitement quelconque de la gravelle, indications que remplissent à des degrés divers les différents agents de la médication thermale.

Alors qu'il existe dans la vessie un ou plusieurs calculs, le traitement thermal de Contrexéville peut-il être favorable, indifférent ou nuisible? Tel est le sujet du mémoire de M. Brongniart.

(1) Calcul d'après les tables de Kœnig et de Zuelzer.

Je me permettrai de rappeler, à ce propos, un principe de contre-indication des eaux minérales que je considère comme d'une importance capitale : « L'application des eaux minérales est presque toujours nuisible quand on les adresse à un état morbide incurable par lui-même, ou qui se soustrait entièrement à une influence favorable de leur part. Il semble que l'action physiologique du traitement thermal ne peut s'accomplir dans un sens normal que si elle trouve à s'exercer vis-à-vis de conditione conformes à sa modalité. Si elle vient à se heurter contre des conditions qui se soustraient à son influence, elle va s'épuiser dans une autre direction et provoquer des réactions étrangères au cercle qui devait l'enfermer (1). »

M. Brongniart reproduit l'opinion de plusieurs observateure qui considèrent l'emploi de l'eau de Contrexéville comme un moyen éminemment propre à déceler l'existence de la pierre. Chez un certain nombre des malades qui se rendent à Contrexéville, l'existence de la pierre était inconnue, par défaut d'exploration ou en raison d'explorations insuffisantes. L'action pathogénétique des eaux s'exerçant sur l'appareil urinaire, et leur action expultrice s'exerçant sur le corps étranger sans pouvoir aboutir, déterminent ou du moins tendent à déterminer, car ces effets ne sont pas constants, une exaspération des symptômes qui ne manque pas de rendre manifeste un diagnostic demeuré obscur jusque-là. Une méthode de diagnostic basée sur une exaspération de l'état morbide ne saurait être approuvée.

C'est donc avec raison que M. Brongniart déclare que « le traitement hydrominéral de Contrexéville ne devra jamais être ordonné dans le but de diagnostiquer une pierre douteuse, et cela pour deux raisons :

« 1° Le moyen est *infidèle*. Si les malades ont les reins en bon état, ils pourront supporter la cure minérale sans qu'aucun incident vienne révéler la présence de la pierre.

« 2° Le moyen peut être *dangereux*. Si les malades ont les reins impressionnables, ils supporteront mal la cure minérale; l'excitation qui se produira du côté des organes urinaires révélera bien la présence de la pierre, maie elle dégénérera facilement en cystite et en néphrite, qui compromettront le résultat des opérations pratiquées après cette cure par les chirurgiens les plus habiles.

« A plus forte raison le traitement hydrominéral de Contrexéville ne devra-t-il pas être ordonné aux calculeux avérés, dans le but de les préparer à subir la lithotritie ou la taille. Lorsque des accidents survenns pendant une cure de Contrexéville auront révélé la présence d'une pierre vésicale ignorée jusque-là, il sera prudent de laisser le calme se faire dans les organes urinaires excités, avant de procéder à l'opération que cette pierre nécessitera. Ce délai, si les accidents ont été sérieux, devra être de trois mois au moins. »

M. Brongniart touche ici à un point très digne d'attention et qui ne me paraît pas avoir encore été signalé : je veux parler de l'existence d'une période consécutive aux traitements thermaux, laquelle comporterait une sorte de travail de réaction dans l'ensemble de l'organisme et dans les parties malades, peu favorable aux interventions actives et aux opérations chirurgicales en particulier. C'est là un sujet qui mérite d'être étudié avec soin.

Le mémoire de M. Brongniart est accompagné d'une statistique de 64 cas de pierre vésicale observés à Contrexéville. J'y relève un tableau de 38 observations de calculeux chez lesquels l'opération a été pratiquée sans qu'il aient fait de cure minérale, l'exploration ayant révélé la présence de la pierre : 35 résultats connns, 34 guérisons, 1 mort. Un antre tableau concerne 8 observations de calculeux ayant eu des accidents pendant on peu après la cure minérale; 8 opérations pratiquées immédiatement après cette cure révélatrice de la pierre : 8 morts.

(1) *Traité des eaux minérales de la France et de l'étranger*, 3e édit., 1883, p. 296.

De l'action thérapeutique des eaux de Néris dans le traitement des maladies du système nerveux, par le docteur de Ranse (*Annales de la Société d'hydrologie*, t. XXVIII).

Si l'on veut se faire une idée de ce que les eaux minérales possèdent de qualités indéterminables d'après nos moyens actuels d'investigation, et surajoutées à leur constitution analytique définissable, ce n'est pas aux eaux minérales fortement caractérisées qu'on doit s'adresser, malgré les résultats réellement considérables qu'on en peut obtenir. Il faut considérer surtout les eaux faiblement minéralisées, celles qui appartiennent à la famille des *indéterminées*, telles que Néris, Plombières et tant d'antres, d'une notoriété plus ou moins étendue, mais de propriétés fort analogues, ou même à peu près identiques.

Lee eaux de Néris sont particulièrement intéressantes à ce point de vue. D'une haute thermalité il est vrai, elles sont très faiblement minéralisées ; on n'y a encore rencontré ni arsenic, ni lithine, ces principes qui se prêtent avec tant de complaisance aux interprétations thérapeutiques, et, à part une légère prédominance en bicarbonate de soude, elles ne renferment guère que les principes communs à toutes les eaux qui proviennent de certaines profondeurs. Bien plus, elles ne fournissent point de médication interne effective, et leur usage, purement externe, se borne aux bains et aux donches.

Il est vrai qu'il ne faut pas leur attribuer d'actions énergiques profondes. Elles ne sont point altérantes des diathèses de la nutrition, elles ne sont point fondantes, ou résolutives des hyperplasies, elles n'exercent pas d'actions substitutives bien saisissables, et elles ne sont reconstituantes que dans des limites restreintes.

Mais elles sont sédatives, sédatives de l'innervation, dont elles tendent à régulariser les désordres et à calmer les excitations. Elles s'adressent précisément aux états les plus difficilement atteints par les agents de la matière médicale, et, si leur portée à proprement parler curative n'est que trop limitée, elles n'en rendent pas moins des services inappréciables, puisqu'elles suppléent, dans une proportion quelconque, à l'insuffisance, si ce n'est à l'indigence, de la thérapeutique ordinaire dans une grande partie des maladies de l'innervation.

Tout ce qui touche à ces dernières est d'un ordre assez délicat pour que les qualités de l'observateur soient à considérer dans ce qui concerne les appréciations thérapeutiques. Nous sommes exposés à tant d'illusions et de déceptions quand nous agissons à loisir, chez nous, la balance à la main, qu'il faut se tenir en grande réserve au sujet de l'observation un peu hâtive, un peu superficielle et toujours si difficile, que permettent ce qu'on appelle les cures thermales. M. de Ranse est un observateur sévère, expert en critique, que l'on peut suivre avec confiance sur le terrain mobile des névroses à Néris.

Ce court exposé de l'action des eaux de Néris dans les maladies du système nerveux permet d'apprécier ce que l'on peut en obtenir dans cet ordre d'affections. Peu de guérisons formelles, auxquelles celles-ci ne se prêtent guère ; mais des af-

ténuations importantes, et qui suffisent à légitimer la grande place qui appartient aux eaux de Néris dans le traitement des névroses.

L'ataxie locomotrice a été traitée surtout près des eaux de Néris et près de celles de la Malon. « Mais ces deux stations ne conviennent pas aux mêmes formes ou aux mêmes périodes de la maladie. On peut dire, d'une manière générale, que les cas où dominent les phénomènes douloureux, éréthiques, réclament l'action des eaux de Néris, tandis que ceux qui se caractérisent par des phénomènes de dépression et de paralysie se trouvent mieux de l'action excitante et tonique des eaux de la Malou ». Notons ici ce parallèle entre deux stations dont les indications respectives se trouvent ainsi nettement déterminées. Les comparaisons de ce genre, élément capital de l'indication en thérapeutique thermale, se rencontrent trop rarement.

Le traitement de l'ataxie locomotrice demande à être surveillé de près. Il faut se méfier d'une erreur commise quelquefois, et qui consiste à prendre pour des douleurs rhumatismales les douleurs fulgurantes des premières périodes. La direction du traitement doit être tout autre dans les deux cas. Les phénomènes douloureux ne tardent pas en général à se calmer, en même temps que l'état général s'améliore. La marche ultérieure de la maladie n'en est sans doute pas nécessairement enrayée, et il y a des cas où le traitement thermal demeure complètement inefficace. Mais M. de Ranse a pu affirmer que des ataxiques qui fréquentent Néris depuis plusieurs années, en l'absence de toute autre médication, ont gagné du terrain et s'y sont maintenus. Dans la paraplégie spasmodique (sclérose des cordons latéraux) et la sclérose multiloculaire, l'influence du traitement thermal, tout en se faisant sentir encore, est moins prompte et moins marquée. Dans les cas de myélite diffuse, d'origine traumatique ou *à frigore*, les effets du traitement, quelquefois très prononcés, varient suivant le degré d'éteudue et d'ancienneté de la lésion.

C'est dans les névralgies périphériques que l'on obtient à Néris les résultats les plus satisfaisants, surtout dans les névralgies que l'on peut appeler essentielles, soit rhumatismales, soit sous la dépendance d'une disposition générale névropathique. Quant aux névralgies symptomatiques de la maladie d'un organe ou d'un appareil, l'action du traitement dépend de celle qu'il peut exercer sur la maladie primitive; aussi est-ce dans les névralgies dépendantes d'une affection utérine que les résultats sont le plus marqués. Dans les névralgies (ou névrites) consécutives au zona, ou de cause traumatique, le traitement thermal est très efficace, pourvu qu'il soit suffisamment prolongé.

« On peut dire hardiment que toutes les névroses sont tributaires des eaux de Néris, à des degrés divers sans doute, mais il n'en est aucune, même l'épilepsie, dans laquelle on ne puisse espérer de bons effets de l'usage de ces eaux. »

Je ne pense pas qu'il faille prendre ceci dans le sens de guérison, si ce n'est peut-être pour la chorée, et pour cet état hystérique sans détermination formelle, que M. de Ranse appelle hystéricisme. On ne guérit guère l'hystérie confirmée : on la voit bien s'évanouir quelquefois, mais sous l'influence de conditions hygiéniques ou affectives, et encore est-il très rare qu'elle ne laisse aucune trace dans le système. Mais si les hystériques voient « leurs névralgies, les accès de convulsions cloniques, les spasmes, les contractures, profondément modifiés par les eaux de Néris », on peut affirmer qu'elles en retirent déjà de très beaux bénéfices.

Je dois arrêter ici ce compte rendu déjà trop long. J'ajouterai seulement que, dans bien des états morbides divers, alors qu'ils se trouvent dominés par le *nervosisme*, les eaux de Néris se trouvent indiquées par la nécessité d'opposer une médication sédative et régulatrice à l'excès ou au désordre de l'activité nerveuse.

(A suivre.)

MAX DURAND-FARDEL.

BIBLIOGRAPHIE

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE ET PRATIQUE D'ÉLECTRICITÉ MÉDICALE, par le docteur G. BARDET, avec une préface par M. C. Gariel, professeur agrégé de physique à la Faculté de médecine. — Un volume in-8 de 700 pages, avec 240 gravures, chez O. Doin.

Après l'Exposition de 1881, un grand mouvement s'est fait sentir et dans la science et dans le public au sujet des applications de l'électricité. Grâce à ce mouvement, de grands progrès ont été réalisés dans les théories électriques, comme dans la construction du matériel instrumental, qu'il s'agisse des instruments de laboratoire ou des grands engins industriels. Il eût été surprenant que les sciences médicales n'eussent pas elles-mêmes profité de l'extension donnée aux applications d'un agent aussi puissant que l'électricité.

C'est dans le but de signaler les progrès accomplis dans le perfectionnement des appareils et dans les applications thérapeutiques de l'électricité que M. le docteur Bardet a écrit le livre qu'il présente aujourd'hui au public médical.

Comme l'indique le titre de l'ouvrage, le traité d'électricité de M. Bardet est surtout destiné aux praticiens et a été rédigé dans le but de leur fournir un guide sûr et complet qui leur permette d'employer avec certitude les appareils électriques et de les appliquer efficacement au traitement des maladies.

Etant donnés les progrès de la science moderne, la rédaction d'un traité d'électricité médicale était difficile, car il s'agissait en effet d'être exact et précis dans l'exposition des faits et la description des appareils, mais aussi de parler un langage clair et simple pour mettre à la portée du médecin des notions forcément ingrates. Cette difficulté a été heureusement vaincue par l'auteur, qui a trouvé le moyen d'écrire un traité de physique très complet en même temps que très compréhensible. L'exposition de toute cette partie physique est d'ailleurs singulièrement éclaircie par de nombreuses figures théoriques et descriptives.

Le livre de M. Bardet est divisé en quatre parties : 1° *Physique*, théories, unités électriques, description des instruments qui conviennent aux usages médicaux ; — 2° *Electrophysiologie*, revue critique des théories, considérations pratiques et particulières sur lesquelles on peut baser les applications thérapeutiques ; — 3° *Electrothérapie*, moyens généraux d'application, applications chirurgicales et médicales, électricité statique, galvanique et faradique ; — 4° *Applications de l'électricité au diagnostic*, électrodiagnostic dans les affections du système nerveux, emploi du téléphone et du microphone à l'observation du malade et à la recherche des corps étrangers (balles, calculs, etc.).

La première partie ou partie physique est, comme cela devait être au moment actuel, le point capital de l'œuvre. L'auteur, comme nous le disions plus haut, n'a rien épargné pour élucider et exposer les questions physiques les plus délicates et les plus compliquées, et il a certainement fait le travail le plus complet et le plus parfait qui ait paru jusqu'à présent sur cette partie des sciences médicales; on ne saurait donc trop l'en féliciter.

La partie physiologique, dégagée de toute discussion laborieuse, est bien ce qui convenait dans un livre destiné à des praticiens. Seulement l'auteur rejette un peu trop durement les œuvres allemandes. Assurément nos voisins d'outre-Rhin et leurs élèves français n'ont peut-être pas toute la clarté d'exposition que l'on désirerait trouver dans des recherches physiologiques, mais il nous semble à première vue qu'il y a du bon dans leurs observations. Mais tout ceci est une question d'appréciation personnelle et c'est surtout en physicien que M. Bardet a jugé ses devanciers. Quelle que soit d'ailleurs la manière dont on accepte son jugement, on doit lui savoir gré d'avoir conclu nettement; c'est un courage trop rare pour qu'on ne le relate pas.

Nous passerons sur la dernière partie (diagnostic) qui n'est qu'un exposé sommaire des conquêtes récentes de la science, pour nous arrêter un peu plus sur l'électrothérapie.

Signalons d'abord le développement avec lequel l'auteur a traité tout ce qui a rapport à l'électricité statique, très dédaignée il n'y a pas encore longtemps. M. Bardet montre qu'on ne doit pas être exclusif en électrothérapie et que, comme l'induction et le galvanisme, le *francklinisme*, c'est le nom donné à l'électrisation statique, peut rendre d'importants services dans les névroses. De nouveaux chapitres sont également intéressants; ce sont ceux qui sont consacrés à l'électrolyse, au traitement des anévrysmes et de l'occlusion intestinale, aux applications gynécologiques; tous ces sujets étaient assurément connus, mais l'auteur les a développés avec soin et il a pu ainsi rendre service à beaucoup de lecteurs qui ne peuvent être au courant des monographies publiées par des revues.

Ce que nous avons surtout remarqué à la lecture de la partie thérapeutique du livre de M. Bardet, c'est l'hésitation, quelque peu étrange chez un spécialiste, avec laquelle il traite des applications de l'électricité. D'ailleurs cette modération indique une grande honnêteté scientifique et donne plus de force à ses affirmations lorsqu'il affirme. Cependant on pourrait lui reprocher cette tendance à craindre d'être pris pour un enthousiaste; ce défaut, qui est dans le cas une qualité, disparaîtra, nous en sommes convaincu, lorsque l'auteur, dégagé des incertitudes obligatoires au début d'une carrière hérissée de difficultés, surtout dans une période de transition comme celle où se trouve aujourd'hui l'électrothérapie, aura acquis une plus grande expérience personnelle.

En résumé, malgré ces critiques de détail qui ne touchent en rien à la valeur de l'ouvrage, le livre de M. Bardet est assurément un des meilleurs livres d'électrothérapie qui aient été écrits; il rendra, nous en sommes convaincu, les plus grands services au médecin, et nous sommes heureux d'annoncer le premier travail sérieux de notre jeune et distingué confrère, déjà heureusement connu pour l'active collaboration qu'il a prêtée au beau dictionnaire de thérapeutique du docteur Dujardin-Beaumetz, dont le docteur Bardet est le secrétaire de rédaction.

D.

FORMULAIRE

Pilules au podophyllin contre la constipation habituelle.

Rec. Podophyllin............ 0.03 centigrammes.
Extrait de belladone..... 0.01 —
Savon amygdalin........ q. s.

Pour f. s. a. une pilule. — Dose : une à trois pilules dans les vingt-quatre heures.

Teinture de podophyllin contre la constipation habituelle.

Rec. Podophyllin............ 0.10 centigrammes
Alcool rectifié........... 60 grammes.
Essence de gingembre.... II gouttes.

M. s. a. — Prendre le soir, avant le coucher, une cuillerée à café de cette teinture dans un verre d'eau. Recommencer au bout de trois ou quatre jours, si le besoin s'en fait sentir.

E. R.

NOTES & INFORMATIONS

Le onzième congrès de l'Association médicale italienne, qui devait se tenir à Pérouse dans le courant de cette année, est prorogé jusqu'en 1885, afin de ne pas empêcher les médecins de se rendre à la réunion qui aura lieu à Turin, à l'occasion de l'Exposition.

— M. le docteur A. Labat, professeur de clinique à l'École vétérinaire de Toulouse, signale une éruption de horse-pox qu'il a eu l'occasion d'observer sur la conjonctive d'un poulain landais âgé de deux ans et demi. (Revue sanitaire de Bordeaux et du Sud-Ouest du 25 février.)

— On observe, dans le sud de la régence de Tunis, une affection endémique spéciale à cette région, et que l'on appelle le *clou de Gafsa*. Cette maladie semble vouloir attaquer de plus en plus nos soldats. Les Archives de médecine et de pharmacie militaires constatent en effet qu'elle a déterminé, durant le mois de décembre, vingt et une entrées aux infirmeries au lieu de sept que l'on avait signalées le mois précédent. Nous attendons du zèle bien connu et de la science de nos médecins militaires une étude sur cette affection.

— Dans un intéressant travail (*Transact. of the college of physicians of Philadelphia*), le docteur Solis Cohen a recherché si, dans les cas de carcinome du larynx, l'extirpation de cet organe a pour résultat suffisamment certain de prolonger la vie. Sur 56 malades opérés pour des carcinomes, plus de 30 pour 100 périrent dans les huit jours qui suivirent l'opération et 62 1/2 pour 100 six mois après. Les statistiques démontrent que les premiers dangers à craindre sont le traumatisme opératoire et surtout la pneumonie. Après le quatrième mois, l'on a à redouter les récidives.

Comparant alors les résultats que donne la trachéotomie, l'auteur arrive à conclure que l'extirpation du larynx, dans les cas de carcinome, ne prolonge pas la vie des malades, et pour sauver quelques rares patients on en sacrifie beaucoup d'autres.

— Il n'est pas extrêmement rare de voir les gens qui boivent dans les cours d'eau d'Andalousie avaler une sangsue; mais en général la rapidité avec laquelle le sang s'écoule de la bouche et la sensation spéciale éprouvée par le malade ne tardent pas à mettre sur la voie du diagnostic.

Dans un cas observé par le docteur Ramon de La Sota y Lastra, l'attention ne fut point appelée de ce côté, vu le temps qui s'écoula avant l'apparition du sang et les antécédents tuberculeux du malade, âgé de soixante ans; ce ne fut qu'après avoir examiné vainement la poitrine que l'auteur, en pratiquant l'examen laryngoscopique, découvrit une sangsue fixée dans le larynx. Elle fut bientôt

extraite avec une pince laryngienne, et le malade guérit rapidement. (REVUE MENSUELLE DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE.)

— L'Académie de médecine de Belgique vient de procéder à l'élection des candidats à présenter au roi pour la nomination du secrétaire qui devra remplacer le regretté M. Thiernesse. Voici dans quel ordre les candidats ont été élus : 1er M. Rommelaere ; 2e M. Janssens ; 3e M. Degive.

— Le congrès des chirurgiens allemands aura lieu à Berlin du 16 au 19 avril 1884. Les séances de cette assemblée générale se tiendront dans l'amphithéâtre de l'Université royale, chaque après-midi. Les chirurgiens désireux d'assister aux réunions du congrès devront s'adresser au président von Langenbeck, résidant à Wiesbaden jusqu'au 15 mars prochain, et après cette époque à Berlin, hôtel du Nord.

— Le prochain congrès d'otologie se réunira à Bâle du 1er au 4 septembre. Le sujet des communications que l'on se proposerait d'y faire devra être indiqué avant le 15 mai au professeur Burckhardt-Mérian (de Bâle). Les membres du futur congrès recevront au commencement de juin un programme détaillé des communications annoncées.

— Dans la vallée de Kior-Kaza (Thrace), qui n'est guère habitée que par des bûcherons ignorants et superstitieux, une épidémie de chorée maniaque sévit actuellement avec une intensité qui rappellerait les grandes épidémies de chorée du moyen âge. Les phénomènes morbides (convulsions épileptiformes, évanouissements, écume à la bouche, mouvements frénétiques, courses furibondes, etc), s'exagèrent et surtout se propagent tous les ans au mois de mai, à l'occasion de la fête de Saint-Constantin, que l'on a l'habitude de célébrer par quinze jours de danses et d'orgies de toute sorte.

— Les journaux consacrés aux spécialités médicales se multiplient dans une grande proportion. L'année dernière avait vu se fonder trois revues de pathologie infantile, une en Italie, une en France et une en Espagne. Depuis le mois de janvier 1884, deux autres recueils de pédiatrique ont fait leur apparition : l'un en Amérique (New-Jersey), l'autre à Madrid, mais ce dernier s'occupe aussi de gynécologie.

— Dans un article que M. Georges Pouchet vient de publier (REVUE SCIENTIFIQUE du 1er mars) sur *l'innocuité des viandes trichinées d'Amérique*, l'auteur termine ainsi : « L'intérêt serait presque aujourd'hui de trouver des lards ou des jambons commerciaux de provenance américaine authentique dans lesquels la trichine serait encore vivante. Pour notre compte, nous estimons que, si le fait venait à être démontré en dehors de toute cause d'erreur possible, il serait des plus intéressants par sa rareté même, et nous serions des premiers à le signaler. » *Et nunc intelligite; erudimini, qui judicatis... rem publicam.*

— La commission médicale suisse qui, dans une réunion à Bâle tenue le 26 mai 1883, avait décidé la fondation d'une caisse de secours pour les médecins, vient de faire un appel aux sociétés médicales de la Suisse. Cette utile institution semble marcher dans la voie du succès, en raison du nombre d'adhésions qu'elle a déjà recueillies, et bien qu'elle conserve un caractère purement volontaire.

— Dans sa séance générale tenue le 17 février dernier à la Sorbonne, la Société protectrice de l'Enfance de Paris a décerné son prix annuel de 500 francs à M. le docteur Legendre, de Saint-Léger-sous-Beuvray (Saône-et-Loire).

— La commission du Sénat relative aux aliénés a pris une importante décision. Par 5 voix contre 4, elle a repoussé l'article du nouveau projet qui dispose que, dans un délai de huit années, chaque département sera tenu d'avoir un asile public destiné à recevoir et à soigner les aliénés ou de traiter à cet effet avec un asile public ou un quartier d'hospice spécial soit de ce département, soit d'un autre département.

— Le TIMES annonçait récemment que la Porte s'oppose au projet du gouvernement français de fonder à Beyrouth un collège médical français ayant le droit de délivrer des diplômes, sous prétexte que cette mesure porterait atteinte aux droits souverains du sultan.

R. F. D.

NOUVELLES

AVIS

MM. les actionnaires de la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS *sont informés que l'Assemblée générale annuelle se réunira au siège social, le vendredi 28 mars à 5 heures. Le présent avis tiendra lieu de lettre de convocation.*

***

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Chateau, ancien chef de clinique du professeur Rostan et médecin consultant à la Bourboule.

— M. le docteur Manec, ancien chirurgien des hôpitaux de Paris, est mort récemment dans sa 85e année.

Né le 15 octobre 1799 à Montpezat (Lot-et-Garonne), il soutint sa thèse inaugurale le 12 septembre 1826, devint chef des travaux anatomiques de l'Assistance publique, chirurgien de la Salpêtrière et puis de la Charité. Il avait collaboré pour une large part au *Traité d'anatomie descriptive* de J. Cloquet. On a de lui un *Traité de la ligature des artères*. Dans ses relations de médecin et d'homme du monde, M. Manec était plein d'obligeance, d'affabilité, et tous ceux qui l'ont connu garderont le souvenir de sa physionomie si ouverte et si sympathique.

— M. François-Etienne Leroy, élève du service de santé militaire, interne des hôpitaux de Nancy, vient de succomber à une fièvre typhoïde contractée dans son service hospitalier.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Vulpian, professeur de pathologie expérimentale, est autorisé à se faire suppléer dans son cours, pendant le second semestre de l'année scolaire 1883-1884, par M. Hallopeau, agrégé.

— Les démonstrations pratiques de physiologie commenceront le 18 mars 1884, sous la direction de M. le docteur Laborde, chef des travaux de physiologie. Elles auront lieu dans les dépendances de l'ancien collège Rollin, rue Vauquelin, les mardis, jeudis et samedis, à une heure et demie. Les élèves de 2e et 3e année sont tenus d'y assister. Nul élève de l'une ou de l'autre de ces deux années ne pourra prendre l'inscription de juillet s'il ne produit un certificat d'assiduité délivré par M. le chef des travaux. Ces démonstrations sont facultatives pour les étudiants qui ont 16 inscriptions.

ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS. — Un concours pour deux places de chirurgien du Bureau central s'ouvrira le jeudi 20 mars 1884.

Les membres du jury sont, sauf modification, MM. Péan, Terrillon, Polaillon, de Saint-Germain, Trélat, Lannelongue et Sevestre.

Les candidats, au nombre de dix-neuf, sont MM. Bazy, Brun, Campenon, Castex, Garnier, Jalaguier, Jarjavay, Jullien, Labbé, Le Bec, Marchand, Nélaton, Nepveu, Petit-Vendal, Picqué, Prengrueber, Ramonède, Remy et Routier.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Un accident est arrivé dans le laboratoire de chimie de la Faculté. M. Blarez, chef des travaux chimiques, chauffait du phosphore dans un ballon en verre. Celui-ci ayant éclaté, M. Blarez a été brûlé assez grièvement à la main droite. On espère que ce regrettable accident n'aura pas de suites fâcheuses.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE CAEN. — M. le docteur Catois, licencié ès sciences naturelles, est nommé, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — M. Roberty, professeur de physiologie, est admis, pour cause d'ancienneté d'âge, à faire valoir ses droits à une pension de retraite et est nommé professeur honoraire.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES. — M. le docteur Lerat est nommé chef des travaux anatomiques pour une période de dix ans, en remplacement de M. Bureau, démissionnaire.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 22 AU JEUDI 28 FÉVRIER 1884.

Fièvre typhoïde 47. — Variole 1. — Rougeole 31. — Scarlatine 2. — Coqueluche 13. — Diphthérie, croup 70. — Dysentérie 0. — Erysipèle 4. — Infections puerpérales 3. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 64. — Phthisie pulmonaire 249. — Autres tuberculoses 12. — Autres affections générales 69. — Malformation et débilité des âges extrêmes 46. — Bronchite aiguë 30. — Pneumonie 73. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 36, — au sein et mixte 24. — Inconnu 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 107. — de l'appareil circulatoire 70. — de l'appareil respiratoire 61. — de l'appareil digestif 49. — de l'appareil génito-urinaire 32. — de la peau et du tissu lamineux 6. — des os, articulations et muscles 8. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 37. — Causes non classées 4. — Total de la semaine : 1143 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

LE CHOLÉRA, MALADIE DU SYSTÈME NERVEUX, par le docteur Chapman, membre du Collège royal de médecine, membre du Collège royal de chirurgiens, ex-médecin du Metropolitan Free Hospital de Londres. — G. Masson, libraire-éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE SAINT-ETIENNE ET DE LA LOIRE. — Comptes rendus de ses travaux contenant les procès-verbaux de ses séances ainsi que les notes ou mémoires lus dans ces séances, tome VIII, 2e partie, année 1882. — Saint-Etienne, imprimerie et lithographie de J. Pichon, 13, rue de la Croix.

ETUDES MÉDICALES DU PROFESSEUR LASÈGUE, 2 beaux volumes in-8. — Prix : 25 francs. — Librairie Asselin et Cie, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Lang. — PATHOLOGIE UND THERAPIE DER SYPHILIS. Erste Hælfte. Wiesbaden, J.-F. Bergmann. — Prix : 5 Marks.

Mosler. — DER MILZ ECHINOCOCCUS UND SEINE BEHANDLUNG, Wiesbaden, J.-F. Bergmann. — Prix : 4 M.

Ebstein. — DIE HARNSTEINE, IHRE NATUR UND BEHANDLUNG. Mit Farbentafeln. in-8, Wiesbaden, J.-F. Bergmann. — Prix : 20 M.

Herm. Witbrand. — OPHTHALMIATRISCHE BEITRAGE ZUR DIAGNOSTIK DER GEHIRNKRANKHEITEN, mit Farbentafel. Wiesbaden, J.-F. Bergmann. — Prix : 8 M. 60.

Wilhem Hack. — MIGRÆNE, ASTHMA, HEUFIEBER, UND EINE OPERATIVE RADIKALBEHANDLUNG GEWISSER FORMEN DERSELBEN. — Wiesbaden, J.-F. Bergmann. — Prix : 2 M. 70.

Otto Becker. — ZUR ANATOMIE DER GESUNDEN UND KRANKEN LINSE; unter Mitwirkung von Dr da Gama Pinto und Dr H. Schæfer. 220 pages, 14 tables. — Wiesbaden, J.-F. Bergmann. — Prix : 36 M.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

55e année. 7e série. Tome Ier. N° 11 15 MARS 1884

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr F. de RANSE;
Membres : MM. les Drs J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN;
Secrétaire : M. le Dr E. RICKLIN.

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

CLINIQUE MÉDICALE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'APHASIE, par M. F. BALZER, médecin des hôpitaux.

Suite et fin. — Voir le numéro 9.

Nous empruntons le premier fait à l'ITALIA MEDICA (1883); cette observation, malheureusement trop brève, présente avec la nôtre une ressemblance presque absolue, malgré la diversité des causes et des lésions.

OBS. II. — UN CASO DI AFASIA CON LESIONE DEL LOBO TEMPORALE SINISTRO (Un cas d'aphasie avec lésion du lobe temporal gauche), par GUGLIELMO FABRI (*Italia medica*, 1883, n° 10).

Une femme de trente ans environ, qui depuis quelques jours disait souffrir de douleurs très aiguës de l'oreille gauche, fut prise tout à coup de délire furieux avec fièvre très forte, de sorte qu'appelé près d'elle je portai le diagnostic de méningite suppurée du lobe temporal gauche consécutive à une otite. Une otorrhée abondante apparut, fournissant un pus de bonne nature en apparence, provenant vraisemblablement de l'oreille moyenne, le conduit auditif externe ne présentant aucune lésion. Je pensai que le processus inflammatoire avait dû gagner le crâne plutôt par les vaisseaux de l'appareil auditif que par les os. Les qualités du pus, la marche rapide et violente de la fièvre et des phénomènes cérébraux et surtout la date récente des troubles de l'oreille gauche me persuadaient que les os du temporal ne pouvaient être malades. Ce jugement fut confirmé par la nécroscopie, comme nous le verrons.

Pendant quelques jours, la malade se tint entre la vie et la mort, sans que le traitement parût produire aucun effet. Un matin, je trouvai la malade souriante, tranquille, mais elle ne pouvait plus mouvoir le bras droit ni parler. *Elle entendait très bien, remuait la langue et les lèvres dans tous les sens; mais à partir de ce moment jusqu'à la mort, qui survint une dizaine de jours après, consécutivement à un accès convulsif, la pauvre femme ne fit plus entendre sa voix.*

A l'autopsie, je constatai qu'un *amas de pus placé sous la méninge du lobe temporal gauche en avait détruit toute l'écorce.* Au niveau de la partie inférieure du lobe frontal et dans les autres points du cerveau et de ses membranes, on ne trouvait que de la congestion et de légères adhérences des méninges. Le rocher et les autres points de l'os temporal paraissaient normaux à l'extérieur comme à l'intérieur et je ne trouvai le pus qu'en ouvrant l'oreille moyenne.

Cette observation ne fait mention que de l'aphasie motrice, sans nous renseigner malheureusement sur les autres troubles du langage.

Le second fait a été observé par nous à l'hôpital Saint-Louis et l'observation, de même que la première, a été en partie recueillie par M. Villar, interne des hôpitaux.

OBS. III. — Lauver... (Louis), âgé de trente ans, imprimeur, entre le 2 novembre 1882 au n° 5 du service des baraques de l'hôpital Saint-Louis. Cet homme est atteint de tuberculose pulmonaire et il est possible qu'il ait eu la syphilis, bien qu'il la nie; il porte sur le dos, les fesses et les cuisses des cicatrices plissées et blanchâtres dont il ne peut expliquer l'origine. Aux poumons, les lésions paraissent s'être localisées à gauche dès le début de la maladie actuelle; il y a déjà du souffle et des râles caverneux au sommet gauche, tandis qu'au sommet droit on ne trouve encore que des râles sous-crépitants muqueux : crachats muco-purulents abondants. Sueurs nocturnes. Dyspnée légère; l'amaigrissement n'est pas très marqué, les forces sont assez bien conservées. La maladie semble d'ailleurs marcher lentement, et il se produit pendant les premières semaines une amélioration marquée des symptômes locaux sous l'influence des vésicatoires.

Le 25 mars 1883, il se plaint d'une certaine gêne de la parole. Il dit qu'il se sent gêné, *qu'il ne sait plus parler*; il *s'interrompt parfois brusquement*, avec stupeur, le regard fixe. Il arrive pourtant à dire encore tout ce qu'il veut avec un peu d'effort. Aucune céphalalgie, aucun phénomène de paralysie. A part cette singulière difficulté de la parole, il est dans son état habituel. Le 26, même situation.

Le 27 au soir, la difficulté de la parole a subitement augmenté; il en a conscience et appelle la religieuse du service pour lui faire remarquer son état. Avec de grands efforts, il parvient encore à dire quelques mots saccadés : « Je ne peux plus parler; je ne sais pas ce que j'ai... »

Le 28 au matin, on constate une hémiplégie droite incomplète; pas de déviation faciale, mais grande faiblesse du bras et de la main droite; il peut se tenir debout, mais il marche avec peine et en traînant le pied droit sur le sol. Pas d'anesthésie ou d'hyperesthésie. Au lit, il garde toujours le décubitus dorsal, immobile, le faciès indifférent. Pas de vomissements, pas de constipation, pas d'incontinence d'urine, pas de convulsions ni de contractures. Les pupilles sont tantôt contractées, tantôt dilatées et inégales. Il boit beaucoup et avec une certaine satisfaction. Malgré son état de stupeur ou plutôt d'indifférence, il paraît avoir conservé un peu de sa présence d'esprit; lorsqu'on lui parle, il fait un effort pour répondre, se penche en avant avec un mouvement des bras; il tousse, ouvre la bouche pour parler, mais sans prononcer un mot. C'est plus que de l'aphasie, c'est de la mutité. Une ou deux fois seulement il arrive à prononcer le mot *oui*. On essaie inutilement de le faire écrire; la plume lui échappe des mains. Il paraît comprendre un peu ce qu'on lui dit; il indique le côté gauche de la tête quand on lui demande où il souffre. Il exécute certains mouvements au commandement, tire la langue, essaie de serrer la main, de lire, se recouche quand on le lui dit et fait toujours un effort pour répon-

dre. Il sait indiquer ses besoins, demander à boire, se faire donner à temps l'urinoir et le bassin. Mais s'il entend on ne sait s'il comprend les paroles; il paraît comprendre plutôt le geste que la parole et exécute sur un mouvement indicateur des actes qu'on lui a vainement commandés à haute voix.

Du 29 mars au 1er avril, le malade reste absolument dans le même état, mais la paralysie augmente; il peut encore mouvoir la main droite, mais il ne peut plus serrer et laisse échapper les objets.

Le 2 avril, la paralysie a beaucoup diminué; l'état de mutité est toujours le même.

Le 3, son état s'est aggravé; la faiblesse est très grande; la sensibilité très émoussée, presque abolie. Etat d'indifférence et de stupeur.

4 avril. — Le malade s'est levé plusieurs fois pendant la nuit, et l'on trouve son hémiplégie droite encore diminuée. Mais le facies paraît encore plus mélancolique; le malade est dans la stupeur, le regard fixe, les pupilles très dilatées. Le pouls est à 120.

6 avril. — La prostration a augmenté; les lèvres sont fuligineuses; il y a incontinence d'urine et des matières fécales. Dans la journée, il tombe dans le coma avec stertor interrompu seulement par quelques mouvements convulsifs. Il meurt le 7 avril, à sept heures du matin.

Autopsie. — Poumon droit : adhérences nombreuses avec sclérose; trois cavernules au sommet. — Poumon gauche : caverne considérable au sommet; infiltration tuberculeuse grise presque généralisée. Cœur normal.

Rien de particulier du côté du foie, de la rate, des reins, du péritoine et de l'intestin.

Encéphale. — La dure-mère se détache facilement du crâne; son incision laisse écouler une assez grande quantité de sérosité.

Du côté de l'hémisphère droit, on ne trouve sur la pie-mère que quelques fines granulations disséminées, sans méningite.

Sur l'hémisphère gauche, au contraire, la pie-mère est très épaissie, congestionnée, infiltrée d'exsudats jaunâtres très abondants dessinant les sillons qui séparent les circonvolutions. Cette méningite n'occupe toutefois que la partie moyenne de l'hémisphère et est très exactement localisée de la manière suivante :

1o A la partie postérieure de la troisième frontale et dans toute l'étendue de la scissure de Sylvius;

2° A la scissure de Rolando;

3o A la scissure temporale parallèle;

4o A la face interne de l'hémisphère, au sillon calloso-marginal.

Les exsudats inflammatoires pénètrent profondément dans ces sillons et débordent sur la face convexe des circonvolutions, principalement à l'origine de la scissure de Sylvius. La pie-mère est adhérente; la substance corticale des circonvolutions ne paraît pas ramollie.

Les coupes du cerveau ne montrent rien d'anormal vers les parties centrales; on voit très nettement sur la coupe des circonvolutions des granulations grises pénétrant dans l'épaisseur de la couche corticale.

Les ventricules sont un peu dilatés; rien de particulier du côté du bulbe et du cervelet.

L'examen histologique a porté sur des morceaux de substance cérébrale découpés dans la scissure de Sylvius et la scissure parallèle. Il a été fait après durcissement dans l'alcool absolu; les coupes ont été colorées avec le picro-carmin.

A un faible grossissement, on voit que les coupes comprennent la méninge et son prolongement jusqu'au fond de la scissure, plus la substance cérébrale adhérente dans une certaine étendue.

1° *Méninge.* — La pie-mère présente naturellement les altérations de beaucoup les plus importantes. Elle est très épaissie; les exsudats se sont amassés dans les sillons de manière à les remplir et à écarter notablement les circonvolutions l'une de l'autre. Ces exsudats sont formés de fibrine et de globules blancs. On les rencontre partout; ils engainent les vaisseaux ou forment des masses volumineuses sur leurs parties latérales.

Ces exsudats fibrino-leucocytiques sont en continuité directe avec des masses opaques et granuleuses qui enveloppent aussi les vaisseaux et qui sont irrégulièrement disséminées dans l'étendue de la méninge. Ces masses qui représentent les *granulations tuberculeuses* entourent complètement les petits vaisseaux qu'elles compriment, et enveloppent partiellement les gros vaisseaux. Elles remplissent quelquefois leurs gaines lymphatiques, qui se trouvent dessinées comme si elles avaient été injectées. Ces granulations sont ordinairement formées de cellules nombreuses, serrées en masse compacte, très granuleuses; on en trouve aussi qui sont formées de cellules rondes assez volumineuses, dont le noyau se colore fortement par le carmin (cellules épithélioïdes) et qui présentent même quelquefois plusieurs noyaux.

Les vaisseaux présentent les altérations qu'on trouve habituellement dans les lésions tuberculeuses. Leurs parois sont vivement enflammées et infiltrées de jeunes cellules. D'autres sont remplies de caillots cruoriques ou anciens, formés en grande partie de globules blancs. Quelques vaisseaux sont même oblitérés et remplis par le bourgeonnement produit par l'inflammation tuberculeuse dans leur cavité.

Ces lésions vasculaires témoignent, en résumé, non seulement d'une inflammation extrêmement violente, mais aussi d'une grande gêne de la circulation.

2o *Substance cérébrale.* — Elle paraît à peu près normale, sauf dans le point où elle est en contact immédiat avec la méninge. Là, en effet, l'inflammation gagne la partie la plus superficielle de la substance cérébrale, qui se trouve infiltrée de jeunes cellules. En plusieurs points, cette inflammation pénètre jusqu'à une certaine profondeur; les gaines lymphatiques des vaisseaux qui plongent dans la substance cérébrale sont remplies de cellules. On trouve même quelques nodules peu volumineux dont le centre est devenu opaque et granuleux. Il y a donc bien évidemment de la périencéphalite tuberculeuse, très superficielle il est vrai, et relativement peu intense, si on la compare à la méningite.

La méningite tuberculeuse se prête d'ordinaire assez mal à l'étude des localisations cérébrales et cela pour les raisons suivantes : 1o les lésions sont rarement assez nettement circonscrites; 2o leur évolution offre des variations trop grandes; les troubles circulatoires, l'œdème, l'inflammation elle-même sont soumis à des fluctuations nombreuses. Par suite, une paralysie constatée la veille n'existe plus le lendemain, et il en est de même des autres symptômes. D'une part, les lésions ne sont pas assez profondes ni assez constantes dans leur évolution; d'autre part, elles retentissent isolément sur tout l'encéphale de manière à compliquer les difficultés de l'analyse.

Ces données s'appliquent au cas dont nous venons de donner la relation. Toutefois, les conditions exceptionnelles que nous avons signalées, d'une part l'intégrité à peu près absolue de tout l'hémisphère droit, d'autre part la localisation exclusive et bien précise de la méningite tuberculeuse dans les sillons que nous avons énumérés, ces conditions permettent, croyons-nous, de tirer de l'examen de notre cas des conclusions positives.

En somme, les symptômes ont été rigoureusement en rapport avec le siège des lésions. Hémiplégie droite et lésion du sillon de Rolando, troubles de la parole, lésion de la scissure de Sylvius et de la scissure parallèle. Mais, en raison de cette extension des lésions à toutes les régions qui tiennent dans leur dépendance la faculté du langage, toutes les manifestations de l'aphasie devaient s'observer à la fois chez notre malade : l'aphasie motrice, l'impossibilité de lire et d'écrire, la surdité verbale. Malgré l'intégrité de la vue et de l'ouïe, et des mouvements de la langue, le malade était dans l'impossibilité de s'exprimer par la parole ou l'écriture et de compren-

dre les paroles qu'on lui adressait. C'était plus que l'aphasie, c'était la *mutité*.

Il s'exprimait par signes et comprenait surtout les signes, à la façon des sourds-muets. Ainsi que nous l'avons dit dans l'observation, nous ne croyons pas que la surdité verbale fût complète on *tout au moins constante;* à plusieurs reprises il a paru obéir aux interpellations. Jamais son visage n'exprimait qu'il eût compris; il conservait toujours la même expression d'indifférence, mais plusieurs fois le malade a obéi avec assez de promptitude aux ordres qu'on lui donnait.

Il faut relever aussi cet état de stupeur, *d'indifférence absolue* qui existait à un haut degré chez lui, et qui a été constaté dans d'autres observations, notamment dans celle de M. Chauffard (Rev. mens. de méd., 1881). Du 25 mars au 3 avril, cet état ne peut être imputé qu'à la lésion des centres du langage et doit être distingué de la stupeur comateuse qui a commencé à se manifester à cette époque. La marche progressive des accidents ne permet pas le doute à cet égard.

Il est probable que des fluctuations devaient se produire pour son aphasie, comme il s'en produisait pour son hémiplégie droite. Un jour il a pu prononcer le mot *oui* et à certains moments, sans doute, il devait comprendre les paroles qu'on lui adressait, surtout quand il s'agissait de choses simples. Mais quand on parlait de sa maladie devant lui sans l'interpeller directement, il restait immobile, indifférent, le regard fixe, évidemment tout à fait étranger à ce qui se disait.

Il est également difficile de juger de son état en ce qui concerne l'agraphie. Il a essayé d'écrire lorsqu'on lui a présenté un crayon et du papier, mais l'hémiplégie lui laissait à peine assez de force pour tenir le crayon; il n'a pu tracer que des jambages informes.

En résumé: 1° perte totale du langage parlé, *mutité*; 2° agraphie; 3° surdité et cécité verbales, tels ont été dans ce cas les résultats cliniques des lésions de la méningo-encéphalite tuberculeuse. Les réserves que nous avons formulées s'appliquent surtout aux trois dernières modalités de l'aphasie, que l'état de mutité absolue et l'hémiplégie rendaient d'une constatation difficile.

Telles sont les réflexions qui nous paraissent devoir accompagner la relation de ce cas. Nous ne faisons qu'ajouter ici un nouveau fait à la liste déjà longue des observations d'aphasie dans la méningite tuberculeuse. Les observations de Quinquaud, West, Tapret, Greffier, Josias, Pitres et surtout celles de Gerhardt (Jahrb. für Kinderkr., 1876), de Drozda (Wien. med. Woch., 1880), de Liouville, Galliard (Progrès médical, 1879 et 1881), d'Armangué (de Barcelone) (Gaz. hebd. de Montpellier, 1883), présentent avec la nôtre des analogies que nous ne pouvons que signaler.

OTOLOGIE

Nouveau tampon auriculaire formant tympan artificiel, par le docteur G. Czarda (de Prague).

Il y a près de trois ans, j'ai employé, au lieu de tampons d'ouate coniques ordinaires, un disque de *silk* comme pièce à pansement dans les otorrhées aiguës et chroniques, et au début de 1881 je l'ai décrit comme nouveau « tympan artificiel » (1).

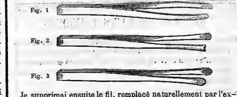
(1) *De l'antisepsie dans les maladies de l'oreille.* Wiener med. Presse, 20-22, 1881.

Ce disque, dans un grand nombre de cas, constituait un excellent appareil pour augmenter l'ouïe; le professeur Gruber s'est exprimé à son sujet d'une manière très élogieuse (1).

Etant donné l'extrême importance du tympan artificiel, ce n'est pas sans regrets que, peu après cette publication, j'ai rencontré de nombreux malades chez lesquels, malgré l'application très exacte du disque aux parties conservées de la membrane tympanique sous les pressions les plus variées, l'amélioration fonctionnelle restait de beaucoup en arrière de celle produite par la boulette d'ouate d'Itard-Yearsley.

Il est probable que, dans l'action du tympan artificiel, en dehors de l'occlusion de la perforation, de l'augmentation de la pression labyrinthique, du mouvement de levier sur le reste du marteau, c'est-à-dire sur la chaîne des osselets, la quantité de glycérine ou de vaseline incorporée à l'ouate joue un certain rôle. Je cherchai donc à modifier la composition du disque en l'entourant simplement d'une couche mince d'onate. Je pris dans ce but une plaque de *silk* et une lamelle d'ouate fusiforme trempée dans de la vaseline boriquée ou, suivant les cas, iodoformée; celle-ci fut retroussée autour du disque et ses deux extrémités tordues ensemble. Mon appareil modifié avait alors la forme d'un cône dont la base était formée par le disque caché, et au sommet duquel pendait le fil terminal du disque.

Mais il fallait remplacer par un autre instrument ma pince à tube conducteur (2) pour permettre au malade d'introduire lui-même son tampon. J'employai d'abord simplement mon porte-tampon (fig. 1 et 3) qui sert aussi à placer les tampons dans le nez; plus tard, j'eus recours à une pince offrant des bouts renflés (fig. 2).



Je supprimai ensuite le fil, remplacé naturellement par l'extrémité de la ouate. Puis, supprimant encore le disque luimême, j'obtins finalement un tympan en ouate tout à fait nouveau que j'emploie depuis plus de deux ans chez un grand nombre d'otorrhéiques à la fois pour le pansement de l'oreille (tampon) et pour l'audition (tympan artificiel).

Voici comment il s'applique:

1. Suivant l'âge, la grandeur de la membrane tympanique, je prends un morceau d'ouate boriquée, salicylée ou iodofor-

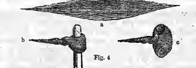


Fig. 4

(1) *Le Papier comme tympan artificiel.* Allgem. Wiener med. Zeitung, 1882, no 50.

(2) Reproduite dans l'Illustr. Monatschr. für Aertze. Polytechnik, 3-4, Berne, 1882.

mée en forme de fuseau (a); je la plonge dans de l'eau distillée ou de la vaseline (la glycérine, comme on sait, provoque une sécrétion aqueuse abondante); je l'aplatis ensuite et je la plie autour des branches fermées d'une des trois pinces sus-indiquées; puis je tords ensemble ses deux extrémités (b). Le cône ainsi formé est retiré de la pince et aplati à sa base (c). Pour avoir une base plus large, on laisse diverger à volonté les branches pendant la torsion. Les tampons d'abord mouillés dans l'eau peuvent être aussi employés à l'état sec.

2. On peut alors le tremper à volonté dans la poudre d'acide borique ou d'iodoforme, les bouts tordus et le conduit auditif restant indemnes du médicament; ce qu'on évite encore mieux en l'introduisant à travers un spéculum.

L'emploi de ce petit appareil est multiple : d'abord comme porte-remède, puis comme pansement occlusif (au lieu du tampon conique ordinaire, mal supporté parce qu'il diminue l'audition), par conséquent dans l'otorrhée aiguë et chronique (1); enfin comme tympan artificiel quand le disque est sans action.

Avec ce tampon, la fonction de l'oreille n'est pas supprimée comme avec le tampon ordinaire, le conduit auditif restant libre en grande partie; les ondes sonores agissent encore sur le reste de la membrane et les osselets; les muscles intrinsèques fonctionnent encore et l'endolymphe accomplit ses excursions physiologiques. Peut-être que plus d'une surdité consécutive à l'otorrhée est tout simplement due à une parésie par inaction (dégénérescence des muscles de l'étrier et du marteau), par suite de la réplétion prolongée du conduit par les tampons d'ouate et les poudres médicamenteuses, sans altération du labyrinthe.

(1) Quand la sécrétion est abondante, j'applique en outre une petite boulette d'ouate en dehors pour arrêter le pus; le malade la renouvelle à volonté.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Un cas de dystrophie et de chute spontanée des ongles dans la paralysie générale progressive, par le docteur Emmanuel Régis, ancien chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de Paris, médecin de la maison de santé du Castel d'Andorte.

Sommaire. — Paralysie générale progressive a forme démente. — Syphilis ancienne. — Fracture de l'humérus. — Dystrophie et chute spontanée des ongles des gros orteils et du médius de la main droite. — Réparation a peu près nulle des ongles tombés. — Réflexions.

M. X..., 45 ans, israélite, ancien banquier, est entré dans la maison de santé le 23 juin 1883. La paralysie générale dont il est atteint remonte déjà à six ou sept ans, et elle paraît reconnaître pour causes, en dehors des prédispositions de famille et de race, qu'on retrouve si fréquemment chez les israélites de la région, des excès, surtout vénériens, et une syphilis datant d'environ dix ans.

La forme clinique de la maladie est la forme *démente*, c'est-à-dire celle qui se caractérise par les symptômes physiques habituels, et un affaiblissement progressif de l'intelligence, sans délire bien marqué. Depuis longtemps, le malade en est arrivé à la période cachectique, et il gâte déjà d'une façon intermittente. Il est intéressant de noter qu'il a eu il y a huit mois, sous l'influence d'un traumatisme léger, une fracture complète de l'humérus gauche, au niveau du col chirurgical. Comme il arrive très souvent chez les paralytiques généraux, même parvenus au dernier degré de la cachexie, cette fracture a radicalement guéri en trois semaines, sans déformation du membre, sans cal vicieux, si parfaitement, en un mot, qu'il est impossible aujourd'hui d'en découvrir la moindre trace.

C'est par hasard que je m'aperçus, il y a environ six mois, des particularités que présentaient les ongles du malade. A ce moment, l'ongle du gros orteil gauche, très altéré dans sa forme, sa texture, sa coloration, et rappelant assez par sa face extérieure l'aspect d'une écaille d'huître, était en outre prêt à se détacher et n'adhérait plus qu'à peine à sa racine; au-dessous, un peu de pus qu'on pouvait faire sourdre en pressant l'ongle. Du côté droit, l'ongle du gros orteil était encore plus dystrophié et présentait très nettement sur sa face supérieure des alternatives de dépression transversale et de renflement, et dans son épaisseur une stratification spéciale à couche inférieure friable et pulvérulente. Comme son congénère, cet ongle reposait sur une mince couche de pus, mais il était encore assez adhérent. Ces particularités rappelaient de trop près les caractères qu'on a décrits à la dystrophie des ongles chez les ataxiques pour ne pas attirer mon attention; aussi vis-je là un trouble trophique à rapprocher dans une certaine mesure de la fracture presque spontanée survenue précédemment chez le malade. En effet, peu de temps après, l'ongle du gros orteil gauche se détachait spontanément, sans traumatisme, pendant la nuit, et un mois plus tard, sous l'influence d'un choc léger, l'ongle du doigt médius de la main droite tombait également, après quelques jours d'une suppuration presque nulle. La sensibilité au pourtour des ongles tombés a toujours été la même que sur les autres parties du corps, c'est-à-dire assez émoussée; on sait du reste quel peu de fonds on peut faire sur l'examen de la sensibilité chez un malade arrivé au dernier degré de la démence. Aujourd'hui, l'ongle du gros orteil gauche, tombé depuis cinq mois, a repoussé d'un demi centimètre environ, mais cette repousse est très mince, rudimentaire et comme avortée. L'ongle du gros orteil droit ne s'est pas encore détaché, mais il tient à peine, et il suffirait du moindre effort pour l'extraire; sa dystrophie est typique. Quant à l'ongle du médius de la main droite, il n'a pas du tout repoussé, et l'extrémité du doigt est aujourd'hui encore telle qu'elle était après la chute. L'état général du malade est sensiblement le même qu'il y a quelques mois.

Réflexions. — Je crois devoir rappeler que le phénomène de la chute spontanée des ongles a été signalé pour la première fois, il y a deux ans, chez les ataxiques, par M. Joffroy et par M. Pitres.

Depuis, plusieurs travaux ont été publiés sur ce sujet, et quelques élèves de M. Pitres ont décrit en outre, sous l'inspiration de leur maître, la dystrophie des ongles qui accompagne cette chute spontanée chez un certain nombre d'ataxiques, et exceptionnellement aussi chez certains malades atteints d'affections du système nerveux, telles que la sclérose en plaques. Enfin, tout récemment, dans un important article sur les troubles spinaux chez les pellagreux, le docteur Silvio Tonnini, assistant du manicôme d'Imola, dit avoir rencontré des altérations analogues des ongles chez quatre ou cinq de ces malades. L'observation que je viens de rapporter établit nettement que cette chute spontanée et cette dystrophie des ongles peuvent également s'observer, avec les mêmes caractères, chez les paralytiques généraux. On sait du reste que la plupart des troubles trophiques consécutifs aux maladies du système nerveux se rencontrent dans la paralysie générale, y compris les fractures spontanées, comme notre malade en est un exemple, et le mal perforant, ainsi que M. Christian l'a récemment indiqué. J'ajouterai que j'ai retrouvé une dystrophie unguéale manifeste chez un autre paralytique général actuellement dans la maison de santé, et je suis convaincu que ce phéno-

même ne doit pas être rare, non plus que la chute spontanée des ongles dans les asiles d'aliénés qui contiennent un grand nombre de paralytiques généraux, comme ceux de la Seine par exemple. Il est donc permis de ranger la dystrophie et la chute des ongles parmi les troubles trophiques susceptibles de se produire dans la paralysie générale progressive, à côté de ceux précédemment décrits. Il reste seulement à établir le degré de fréquence de ce symptôme.

Une particularité assez remarquable dans l'observation ci-dessus, c'est que l'altération n'a pas en seulement pour siège les ongles des orteils, comme c'est le cas habituel, mais qu'elle s'est manifestée encore dans l'ongle d'un des doigts, ce qui n'a pas encore été indiqué dans les observations précédentes, si l'on en excepte les phthisiques, chez lesquels d'ailleurs le trouble trophique n'a plus les mêmes caractères. Il me semble assez difficile d'expliquer cette extension de l'altération aux ongles des doigts soit par une névrite localisée, soit par une lésion des ganglions de la moëlle spinale qui président, d'après certains auteurs, à la fonction trophique de la peau, et je serais assez porté à admettre qu'elle est due surtout à ce que la paralysie générale est une affection cérébro-spinale généralisée, dans laquelle les membres supérieurs sont aussi atteints, sinon plus, que les membres inférieurs, tandis que l'ataxie locomotrice est surtout une maladie de la moelle intéressant à peu près uniquement les membres inférieurs. Je dois dire d'ailleurs que les troubles spinaux, et principalement les phénomènes ataxiformes, n'étaient pas plus accusés chez mon malade qu'ils ne le sont chez la plupart des paralytiques généraux. Quoi qu'il en soit de l'explication à formuler, il n'en est pas moins intéressant de signaler, en même temps que la prédilection marquée de l'altération unguéale pour les orteils, l'existence possible du phénomène dans les ongles des doigts.

J'ai noté que le sujet de l'observation avait été atteint de syphilis. Il m'a donc paru nécessaire de rechercher si le trouble trophique de ses ongles était dû à l'affection spécifique ou à l'affection cérébrale. J'ai fait part de mes doutes à mon excellent confrère M. Pitres qui avait déjà étudié auprès de M. le professeur Fournier les caractères distinctifs de l'altération des ongles dans les deux maladies, et qui, en voyant mon malade, n'a eu aucune peine à reconnaître que l'altération de ses ongles était de tous points analogue à celle des ataxiques et non à celle des malades atteints de syphilis. Depuis, j'ai pu voir dans le service de clinique de M. Pitres, à l'hôpital de Bordeaux, plusieurs ataxiques porteurs de dystrophies unguéales, et j'ai pu me convaincre de l'identité de cette altération avec celle des ongles de mon malade. Il ne me paraît donc pas douteux que les troubles trophiques des ongles présentés par le sujet de l'observation ci-dessus doivent être rapportés à sa paralysie générale et non à sa syphilis. Toutefois, comme la diathèse spécifique peut avoir été chez lui, au moins dans une certaine mesure, l'origine de son affection cérébrale, il reste encore à se demander, ce que de nouvelles recherches établiront sans doute, si les troubles trophiques des ongles sont plus fréquents chez les paralytiques généraux syphilitiques que chez ceux qui ne le sont pas.

REVUE D'HYDROLOGIE

Suite. — Voir les numéros 5 et 10.

LUCHON DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS, par le docteur FERRAS (31 pages).

M. Ferras envisage les eaux de Luchon comme fournissant, en même temps qu'une médication reconstituante très salutaire aux syphilitiques, le meilleur adjuvant du mercure et de l'iode dans le traitement de la syphilis.

Il se défend d'attribuer exclusivement à Luchon une spécialité formelle en cette matière. Toutes les eaux sulfurées sodiques peuvent revendiquer de pareilles appropriations. Mais la multiplicité et la variété des sources de cette station et la gamme de leur sulfuration offrent des ressources particulières, qui expliquent l'attraction qu'elles exercent sur les syphilitiques.

Le travail de M. Ferras a été lu à la Société d'hydrologie. La question de l'application de Luchon au traitement de la syphilis, et très particulièrement de la combinaison du traitement thermal avec les médications spécifiques de la syphilis, doit être très prochainement reprise dans cette Société, à propos d'une très intéressante communication de M. de Lavarenne. Nous reviendrons sur cette étude dans la GAZETTE MÉDICALE. Elle offre plusieurs points de pratique importants à déterminer et certains problèmes scientifiques à élucider, en particulier la qualité de *traitement révélateur* de la syphilis attribuée aux eaux de Luchon, et dont M. de Lavarenne conteste la légitimité.

LES INDICATIONS DE LA MÉDICATION DE CHALLES DANS LA SYPHILIS, par le docteur ROYER (12 pages). — (*Annales de la Société d'hydrologie*, t. XXVIII.)

La cure de Challes est simplement indiquée dans le cours du traitement normal de la syphilis commune, à la fin des deux ou trois premières années. Elle sera appliquée dans un intervalle de repos de ce traitement, et aura pour objectif de remonter l'organisme plus ou moins déprimé et de le mettre ou de le maintenir en état de poursuivre fructueusement et sans dommage la lutte engagée.

Par la suite, une cure sera de nouveau indiquée, même en l'absence de symptômes, tous les quatre ou cinq ans, après la reprise d'un traitement spécifique de six semaines à deux mois ; à plus forte raison, dans le cas de retour d'accidents par suite de traitement insuffisant ou mal fait.

L'indication est formelle toutes les fois qu'il s'agit de syphilis irrégulière, tenace et grave, du fait de l'état général du sujet. (Débilité, scrofule, chloro-anémie, etc.)

Elle est également formelle lorsqu'il convient d'instituer un traitement de haute lutte, pour remédier à un état local menaçant et dangereux, ou pour couper court aux accidents contagieux de la période secondaire.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DE L'ASTHME SEC AU MONT-DORE, par le docteur JOSEPH CAZALIS (*Annales de la Société d'hydrologie*, t. XXVIII).

Les eaux du Mont-Dore ne guérissent pas souvent les asthmatiques, mais leurs inhalations les soulagent toujours, et amènent généralement une sédation ultérieure plus ou moins prolongée. La note de M. Cazalis sur cette médication sera lue avec intérêt. En voici les conclusions :

Le Mont-Dore offre, pour combattre l'asthme, considéré comme une névrose diathésique du système respiratoire, une eau dont le contact est irritant, mais dont la vapeur est profondément calmante et dont l'effet intime est d'augmenter la richesse du sang et de détourner sur la peau les processus morbides qui se développent dans l'appareil respiratoire. Il faut ajouter que cette eau est arsenicale et que l'arsenic a une action spéciale sur toutes les dyspnées en général et sur l'asthme en particulier. Ces données une fois posées, il semble facile d'expliquer l'action des eaux du Mont-Dore sur les asthmatiques : les vapeurs calment les spasmes de l'appareil respiratoire ; la boisson agit directement sur l'élément dyspnéique par son arsenic, augmente les forces de l'organisme, provoque la congestion de la peau, diminue les congestions pulmonaires ; les bains trop irritants peuvent provoquer par action réflexe de violents accès ; mais, donnés avec précaution, très courts et en petit nombre, ils peuvent favoriser les éruptions cutanées et les transpirations.

Les eaux d'Aulus, leur action dans les diverses manifestations de l'arthritisme, par M. le docteur Alriq. — 16 pages.

M. Alriq entend l'arthritisme dans le même sens que Bazin et Pidoux : « le rhumatisme et la goutte, deux branches issues d'un même tronc et fréquemment entrelacées ». Il rapporte encore à l'arthritisme toutes sortes de troubles de santé chez des individus « qui n'ont jamais eu ni goutte ni rhumatisme », dont les ascendants n'ont eu eux-mêmes ni rhumatisme ni goutte ; mais on pourra trouver « que le père était asthmatique ou la mère sujette aux migraines ».

M. Alriq n'est pas le seul qui prête à l'arthritisme, combinaison de la goutte et du rhumatisme, cette singulière physionomie où n'entre ni la goutte ni le rhumatisme, pas même chez les ascendants. Mais, comme il est admis qu'il faut toujours qu'un chronique soit ou scrofuleux, ou arthritique, ou herpétique (et encore l'herpétisme ne serait-il pas une troisième branche de l'arthritisme ?), à moins qu'il ne soit syphilitique, il faut bien lui attacher quelqu'une de ces étiquettes.

Il est certainement des états typiques de ce que nous appelons scrofule et de ce que nous appelons goutte. Il est également, dans la nosographie si confuse du rhumatisme, des formes typiques très saisissables. Mais il est une foule d'états constitutionnels que nous ne ramenons dans l'une ou l'autre de ces catégories que d'une manière tout artificielle ou de convention.

Les eaux d'Aulus, eaux sulfatées calciques, légèrement carboniques, arsénicales et ferrugineuses, s'approprient parfaitement à ces états vagues que, à tort ou à raison, on rapporte habituellement à l'arthritisme, en raison, apparente du moins, des actions que signale M. Alriq :

1o Chez tous les sujets en observation, l'eau minérale d'Aulus a eu pour effet d'augmenter la quantité des urines qui a dépassé souvent de 2 à 300 gr., quelquefois de 5 à 600 gr., le total des liquides ingérés.

2o Dans toutes les observations, il y a en pendant le traitement une augmentation graduelle et considérable de l'urée et de l'acide urique, généralement, mais pas toujours, en rapport direct avec la quantité d'eau ingérée, encore moins avec la quantité d'urine émise.

3o Les analyses du sang de plusieurs malades faites antérieurement, d'après le procédé de Hayem ont démontré que, sous l'influence de la cure, le nombre des globules rouges augmentait considérablement.

« Il est donc démontré expérimentalement que les eaux d'Aulus sont diurétiques, altérantes et reconstituantes. »

(A suivre.)

Max Durand-Fardel.

BIBLIOGRAPHIE

La Salpêtrière de 1656 a 1790. — Thèse de Paris, 1883, par L. Boucher.

Dans un travail consciencieux, et qui lui a coûté de patientes recherches, M. Boucher a essayé de soulever le voile de l'oubli qui couvrait l'histoire de la Salpêtrière avant la Révolution.

Le premier chapitre nous conduit au milieu du vieux Paris, dans les faubourgs Saint-Marcel et Saint-Victor, à Clamart, ce fameux cimetière de l'Hôtel-Dieu où de jeunes chirurgiens vont la nuit, « franchissant les murs, enlever les cadavres pour les soumettre à leur scalpel inexpérimenté ». C'est le quartier « des hommes ruinés, des misanthropes, des alchimistes, des maniaques ». De petits rentiers et quelques sages studieux, qui recherchent la solitude et veulent vivre ignorés, habitent cette région éloignée du centre de la ville, du tapage des affaires, où se réunit aussi la populace la plus pauvre, la plus remuante et la plus indisciplinable.

C'est là que Louis XIII avait fait établir, comme succursale de l'Arsenal, « plusieurs bâtimens en forme de grange où l'on travaillait le salpêtre ». Chaque année, de nouvelles constructions venaient s'ajouter aux précédentes ; mais les troubles de la Fronde firent abandonner les ouvrages commencés, et c'est seulement lorsque Louis XIV eut décidé de renfermer les pauvres mendiants que l'on songea à utiliser le terrain et ce qui restait du petit arsenal. De grands édifices ne tardèrent pas à s'élever avec le concours de la charité privée, et le nom de la *Salpêtrière* fut donné à l'établissement en souvenir de sa destination primitive. Il ne s'agissait pas seulement de bâtir, il fallait « tout préparer, tout créer, tout ordonner, meubles, linge, ustensiles de toutes sortes ».

Le chapitre ii renferme des détails fort intéressants sur cette vaste organisation, les écoles, les ateliers de couture, les ménages, la geôle de la Salpêtrière, ce grand bâtiment isolé avec ses nombreuses fenêtres grillées qui se dresse au fond de la cour Sainte-Claire. C'est la Bastille des femmes, ce séjour tant redouté divisé en quatre parties : Correction, Communs, Prison, Grande Force. Y a-t-il rien de plus pénible que les traitements infligés aux pauvres « filles de joye »? « Quand leurs forces les trahissent ou que l'indignation leur laisse échapper quelque mouvement, quelque parole de colère, une menace, un jurement, on leur rase les cheveux, on les fouette, on leur passe au cou un collier de fer qui les fixe à un poteau où, pendant une journée, droites, immobiles, qu'elles grelottent ou qu'elles étouffent, l'hiver ou l'été, par la pluie aussi bien que par un beau soleil, elles endurent la peine du carcan. » Les épreuves des convulsionnaires de Saint-Médard, la description de l'état des dortoirs chez les folles et les épileptiques, à la crèche, terminent ce chapitre.

Le suivant est consacré aux médecins et chirurgiens. La

plupart d'entre eux ne sont guère connus. Pour le service de l'hôpital général, comprenant la Salpêtrière, Bicêtre et la Pitié, il y avait un médecin en chef chargé de l'inspection générale et nommé par les directeurs. Au-dessous de lui, des jeunes gens, les Gagnants-maîtrise, obtenant leur place par le concours, séjournaient dans chaque maison, vivaient au milieu des malades dont ils avaient la responsabilité. A eux de faire les autopsies, d'enseigner l'anatomie aux compagnons, les externes d'aujourd'hui, de préparer les opérations, de surveiller les pansements, etc. On aime à retrouver parmi ces aînés de l'internat les noms de Louis, Ténon, Brasdor, Sédillot.

Le quatrième et dernier chapitre est consacré à l'administration de la Salpêtrière, comprise dans celle de l'hôpital général qui était confiée à 28 directeurs, se partageant une besogne considérable. « Il faut installer ceux-ci, outiller ceux-là, déterminer tous les genres de travail dans des spécialités de toute sorte, tissage, couture, broderie, filature, tannerie, cordonnerie, forges, buanderie, menuiserie, vitrerie, etc. Construire les bâtiments qui seront nécessaires, avoir les magasins de blé, les moulins, la boulangerie, la boucherie, et, pour les fournitures générales, s'entendre avec les entrepreneurs, passer les contrats des adjudications, etc. »

Puis, comme la tâche de chacun est assez mal délimitée, que tous les directeurs résident au dehors avec des emplois particuliers, on assiste à chaque instant à des conflits entre eux et le personnel, on avec l'archevêque. Ce dernier ayant voulu nommer une supérieure, les directeurs donnent tous leur démission; le Parlement s'en mêle, fait des remontrances, est condamné par le roi et refuse de siéger. C'est une petite révolution en miniature qui, au siècle dernier, passionna un moment l'opinion publique.

Enfin le désordre s'accentue et l'on arrive avec une désorganisation complète à l'année 1789, où les grandes réformes jugées nécessaires vont recevoir un commencement d'exécution.

Cette courte analyse suffit à montrer tout l'attrait de cette lecture. Ajoutons que le soin avec lequel les documents ont été réunis et coordonnés fait le plus grand honneur à M. L. Boucher. Il est à désirer que cette monographie, entreprise sous l'heureuse impulsion du professeur Laboulbène, trouve des imitateurs pour nos autres grands établissements hospitaliers.

P.

FORMULAIRE

PATE PHÉNIQUÉE POUR LE TRAITEMENT DES BRULURES.

(SHRADY.)

Rec. Gomme arabique	90	grammes.
Gomme adragante	30	—
Eau phéniquée au 1/100me	500	—
Mélasse	60	—

M. s. a. Etendre cette pâte sur le siège de la brûlure à l'aide d'un pinceau, et renouveler les applications à de courts intervalles.

Pour les brûlures au troisième degré, un excellent remède consiste dans des applications topiques d'une solution alcaline (bicarbonate de soude) ou, en cas de brûlures étendues, dans les bains alcalins.

E. R.

BULLETIN

CRÉATION D'UNE CAISSE DE PENSIONS DE RETRAITE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS.

Nous avons entretenu nos lecteurs du *Projet de création d'une caisse de pensions de retraite du corps médical français*, élaboré par plusieurs confrères, entre autres par M. le docteur Lande. La commission d'étude de ce projet avait chargé notre honorable confrère de Bordeaux de la rédaction définitive; il vient de terminer son travail et de nous en adresser une épreuve. Le temps et l'espace dont nous disposons aujourd'hui ne nous permettent pas de l'examiner avec tout le soin qu'il mérite. Nous devons nous borner à le reproduire, en ajoutant que nous nous ferons un devoir de transmettre à M. Lande, chargé de centraliser toutes les adhésions, celles que nos lecteurs voudront bien nous adresser. Quand ces adhésions auront atteint le chiffre de cinq cents, on provoquera une réunion générale des adhérents, réunion dans laquelle les statuts seront définitivement adoptés, le comité directeur et le comité de surveillance nommés. Alors seulement l'œuvre sera créée et entrera en fonction.

En attendant, M. Lande recevra avec reconnaissance toutes les observations, toutes les critiques que pourra suggérer une étude sérieuse de son projet, et, jusqu'à la constitution définitive de l'œuvre, il publiera chaque semaine une revue dans laquelle il répondra aux demandes d'éclaircissements comme aux objections qui lui seront adressées. Nous userons probablement pour notre compte de la permission de notre honorable confrère et, afin que chacun de nos lecteurs puisse agir de même en connaissance de cause, nous nous empressons de mettre sous leurs yeux les statuts de la nouvelle institution.

Dr F. DE RANSE.

STATUTS

CHAPITRE Ier.

Institution et administration.

Art. 1er. — Il est institué à Paris une caisse de pensions de retraite pour les docteurs médecins et officiers de santé de nationalité française légalement autorisés à exercer leur profession en France.

Art. 2. — Pour être admis à participer à la caisse de retraite, il faut être présenté par deux membres adhérents, fournir la preuve qu'on appartient au corps médical du pays et prendre un engagement conforme au modèle ci-dessous.

Les femmes des médecins faisant partie de cette institution pourront, en remplissant les mêmes conditions, jouir des mêmes droits et des mêmes avantages que leurs maris.

FORMULE D'ADHÉSION A LA CAISSE DE RETRAITE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS.

Je soussigné (1)
né à , *département* , *le*
Epouse de
Reçu (2) *le* , *par la Faculté de*
Domicilié à , *département*
déclare adhérer aux statuts de la CAISSE DE PENSIONS DE RETRAITE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS *et choisir le mode de cotisation indi-*

(1) Nom et prénoms.
(2) Docteur en médecine ou officier de santé.

qué par le tableau (1) *annexé auxdits statuts à part* (2).

Je m'engage, en cas de contestation quelconque, à recourir à l'arbitrage du Conseil général de l'œuvre avant de m'adresser à toute autre juridiction.

Fait à , le 18

SIGNÉ :

Vu et pour autorisation donnée à ma femme,

SIGNÉ :

Art. 3. — La caisse est gérée par un Comité Directeur, sous la surveillance d'un Conseil de Censeurs. Le mandat des membres de ces deux collèges est gratuit; il ne leur sera alloué que des indemnités de voyage et des frais de bureau.

Art. 4.—Le Comité Directeur est composé de sept membres tous participants.

Un président;

Un secrétaire ayant la garde des archives;

Un trésorier;

Quatre contrôleurs.

Le Comité Directeur représente la Société vis-à-vis des tiers. En cas de besoin, il peut déléguer tel pouvoir ou telle fonction qu'il sera nécessaire pour les intérêts de l'œuvre à l'un de ses membres ou à l'un des censeurs, ou même à un adhérent; mais, dans ce dernier cas, le choix devra être ratifié par le Conseil des censeurs.

Les membres du Comité sont nommés par l'Assemblée générale des participants et à la majorité absolue des suffrages pour le terme de cinq ans. Ils sont toujours rééligibles.

Ils s'assemblent au moins une fois par trimestre et peuvent délibérer au nombre de quatre membres, après convocation régulière de tout le Comité.

Sera réputé démissionnaire du Comité tout membre de ce collège qui, sans motif valable, aura manqué à trois séances consécutives.

Les procès-verbaux des séances du Comité Directeur sont transcrits sur un registre spécial et signés par le président et le secrétaire.

Art. 5.—Le Conseil des censeurs est composé de dix-huit membres, dont neuf au moins pour les départements.

Il choisit dans son sein un président, un vice-président et un secrétaire.

Les censeurs sont nommés par l'Assemblée générale des participants, à la majorité absolue des suffrages, pour le terme de six ans. Le renouvellement s'opère tous les deux ans par tiers. Les membres sortants ne sont pas immédiatement rééligibles. Le renouvellement par tiers du premier Conseil sera déterminé par un tirage au sort.

En cas de décès ou de démission d'un censeur, il est pourvu à son remplacement dans la prochaine Assemblée générale des participants, mais le membre nommé achève simplement le temps du censeur décédé ou démissionnaire.

Le Conseil des censeurs se réunit au moins une fois l'an. Il peut être convoqué plus souvent par son président, assisté du secrétaire ou par le Comité Directeur.

Il a pour principale attribution de surveiller la gestion du Comité Directeur et de présenter à l'Assemblée générale un rapport sur cette gestion.

Il peut délibérer au nombre de neuf membres. Les résolutions sont prises à la majorité absolue des suffrages. Dans toutes les réunions de ces assemblées, en cas de partage des voix, celle du président est prépondérante.

(1) A, B, ou C.

(2) Demi, entière, double.

Les procès-verbaux sont transcrits sur un registre spécial et signés par le président et le secrétaire.

Art. 6.—Le Comité Directeur et le Conseil des censeurs forment le Conseil général de l'œuvre. Le Conseil général se réunit au moins une fois par an, sur la convocation du président du Comité Directeur, ce comité faisant fonctions de bureau du Conseil général.

Le Conseil général statue sur toutes les contestations en matière de pensions, de cotisations, etc.; sur les cas d'exclusion et en général sur toutes les questions personnelles qu'il y aurait inconvénient à soumettre à l'Assemblée générale.

Pour que le Conseil général puisse délibérer, il faut au moins la présence de treize membres. Les décisions sont prises à la majorité absolue des suffrages: en cas de partage, la voix du président est prépondérante.

Les décisions du Conseil général sont actées immédiatement et signées par les deux présidents et les deux secrétaires.

Les adhérents s'obligent à recourir à l'arbitrage du Conseil général avant de recourir à toute autre juridiction.

Art. 7. — Une Assemblée générale des participants a lieu chaque année à Paris; elle est convoquée et présidée par le Comité Directeur.

Pour des causes graves et urgentes, le Comité Directeur pourra convoquer une Assemblée générale extraordinaire.

D'une façon générale, toutes les convocations doivent être adressées aux intéressés quinze jours au moins avant la date de la réunion qui en fait l'objet.

L'Assemblée générale nomme les membres du Comité Directeur et les censeurs; elle entend les rapports annuels des secrétaires du Comité Directeur et du Conseil des censeurs; elle reçoit communication du rapport annuel du trésorier, arrête le bilan de la caisse, fixe le taux de la retraite et décide enfin d'une façon souveraine sur toutes les questions non prévues par les statuts.

Les adhérents qui se trouvent empêchés d'assister à la réunion ayant pour but de nommer le Comité Directeur et les censeurs pourront prendre part au vote en adressant sous pli cacheté leur bulletin au président de la réunion.

Les décisions de l'Assemblée générale sont obligatoires pour tous les adhérents; elles sont prises à la simple majorité des membres votants, sauf en cas de modifications aux statuts. Celles-ci doivent, après avoir figuré à l'ordre du jour, rallier les suffrages des trois quarts au moins des membres présents. Dans aucun cas, ces modifications ne pourront porter atteinte aux principes fondamentaux de la caisse.

Aucune motion ne sera mise à l'ordre du jour ni discutée si elle n'a pas été formulée par écrit, signée par dix adhérents et communiquée au président et au secrétaire du Comité Directeur un mois au moins avant l'Assemblée générale.

CHAPITRE II.

Participation et cotisations.

Art. 8. — Les participants à la Caisse de retraite du corps médical français payeront annuellement des cotisations indiquées par les tableaux ci-dessous, suivant le mode de versement qu'ils auront choisi à l'époque de leur entrée dans l'Association.

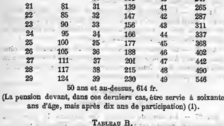
Les âges portés sur ces tableaux sont comptés au 1er janvier de l'année courante. La retraite est donc obtenue le 1er janvier qui suit l'accomplissement de la soixantième année, et dès ce moment le sociétaire n'a plus aucune cotisation à verser.

Les cotisations des tableaux A et B donnent droit à la retraite totale, mais il est permis aux adhérents de ne verser que demi ou double cotisation; ils auront alors moitié de la retraite ou double retraite.

De même les adhérents qui choisiront le tarif C pourront verser 50, 100, 150, 200, 250 fr., etc. par an, pour obtenir 1/2, 1, 1 1/2, 2, 2 1/2, etc., fois la retraite proportionnelle indiquée par ce tarif, sans dépasser toutefois le double de la retraite type.

TABLEAU A.

Prime annuelle à verser pour jouir de la retraite à l'âge de soixante ans.



Age	Prime. Fr.	Age.	Prime. Fr.	Age.	Prime. Fr.
20	77	30	131	40	247
21	81	31	139	41	265
22	85	32	147	42	287
23	90	33	156	43	311
24	95	34	166	44	337
25	100	35	177	45	368
26	105	36	188	46	402
27	111	37	201	47	442
28	117	38	215	48	490
29	124	39	230	49	546

50 ans et au-dessus, 614 fr.

(La pension devant, dans ces derniers cas, être servie à soixante ans d'âge, mais après dix ans de participation) (1).

TABLEAU B.

Arrérage à payer pour jouir de la retraite à l'âge de soixante ans en ne versant plus qu'une annuité de 100 francs.

Age.	Arrérage. Fr.	Age.	Arrérage. Fr.	Age.	Arrérage. Fr.
26	104	34	1100	42	2464
27	212	35	1249	43	2667
28	325	36	1402	44	2878
29	442	37	1563	45	3097
30	563	38	1729	46	3325
31	690	39	1902	47	3562
32	821	40	2082	48	3808
33	958	41	2270	49	4065

50 ans et au-dessus, 4331 fr.

(La pension n'étant servie qu'après dix ans de participation.)

TABLEAU C (2).

Proportion de la retraite, exprimée en millièmes, obtenue à l'âge de soixante ans par les participants n'ayant versé, quel que soit leur âge d'entrée dans l'œuvre, que l'annuité type de 100 francs.

Age d'entrée.	Millièmes de la retraite totale.	Age d'entrée.	Millièmes de la retraite totale.	Age d'entrée.	Millièmes de la retraite totale.
26	952	34	602	42	348
27	901	35	565	43	321
28	854	36	531	44	296
29	806	37	497	45	271
30	763	38	465	46	248
31	720	39	434	47	226
32	680	40	404	48	204
33	641	41	377	49	183

50 ans et au-dessus, 163.

(A partir de cinquante ans la pension n'est pas servie à soixante ans d'âge, mais seulement après dix ans de participation.)

(1) Le chiffre de la cotisation n'est pas plus élevé parce qu'il est tenu compte de la diminution de la vie moyenne au-dessus de soixante ans.

(2) *Exemple.* — Le docteur X... entre dans la Société à trente-cinq ans; d'après le tableau A, il paye une annuité de 177 francs pour obtenir la retraite entière, 177 ; 2 = 88,50 pour la demi-retraite, et 177 × 2 = 354 pour la retraite double.

D'après le tableau B, il paye 1,249 fr. d'arrérage et 100 fr. d'annuité pour la retraite totale, 624 fr. 50 d'arrérage et 50 fr. d'annuité pour la demi-retraite, 2,498 fr. et 200 fr. d'annuité pour la retraite double.

Enfin, d'après le tableau C, avec une cotisation de 100 fr. par an, il obtiendra les 565 millièmes de la pension totale; avec 50 fr., 282,50 millièmes; avec 200 fr., les 1,130 millièmes, soit, si la pension totale arrive à 1,200 fr., 678 fr., 339 fr. ou 1,356 fr.

Les cotisations sont exigibles le 1er mars de chaque année ; elles devront arriver *franco* au trésorier, qui pourra les faire recouvrer par la poste à partir de cette date aux frais des retardataires.

Art. 9. — En cas de retard ou d'interruption dans le versement de la cotisation, il n'y a pas déchéance pour le participant ; toutefois, sa pension ne pourra être liquidée qu'autant qu'il aura versé au moins dix annuités. Le Comité Directeur aura mission de fixer d'après le montant de ses versements le chiffre proportionnel de la retraite obtenue dans ces cas par le participant, et, si ce dernier en fait la demande, l'arrérage à verser ou la nouvelle prime à payer jusqu'à soixante ans pour obtenir la retraite entière. La retraite entière pourra être encore récupérée en complétant après soixante ans le nombre des versements dus à la Caisse.

Art. 10. — En cas de décès d'un participant, toutes les sommes versées par lui sont définitivement acquises à la Caisse.

CHAPITRE III.

Comptabilité et contrôle.

Art. 11. — Les fonds de la Caisse de pensions de retraite du corps médical français seront déposés à la Banque de France, à laquelle on demandera d'ouvrir un compte courant à l'œuvre, au nom collectif du trésorier et de deux membres du Comité Directeur, désignés à cet effet par le Comité lui-même.

Art. 12. — Le trésorier devra verser à la caisse de la Banque de France tous les fonds qu'il recevra dans les huit jours qui suivront leur réception et retirer un reçu de cette caisse.

Ces versements seront consignés sur un registre à souches, dont le talon, ainsi que le bulletin à détacher, devront porter, avec la signature du trésorier et des deux membres du Comité délégués, la date et le chiffre du versement. Le reçu obtenu de la Banque de France devra être annexé au talon correspondant du registre de versement.

Les payements par la caisse de la Banque de France auront lieu sur présentation d'un reçu détaché d'un registre à souches, portant, ainsi que le talon, la signature du trésorier, celles des deux membres du Comité délégués, la date et le chiffre du remboursement.

Art. 13. — Le trésorier ne devra laisser en compte courant libre et sans emploi que la somme nécessaire aux besoins du service courant. Les autres sommes devront être immédiatement placées en valeurs au porteur, choisies parmi les valeurs de tout repos, telles que fonds d'État français, obligations garanties par l'État, obligations foncières à lots, obligations de la ville de Paris à lots, etc.

Les ordres d'achat ou de vente de ces valeurs seront donnés au moyen de bulletins tirés de livres à souches particuliers, revêtus, ainsi que les talons, des signatures du trésorier et des membres du Comité délégués et portant mention de la date et du chiffre des valeurs à vendre ou à acheter.

Les valeurs sont déposées à la Banque de France. Le dépôt et le retrait de ces valeurs devront être accompagnés des mêmes mesures de garantie que le dépôt et le retrait des fonds.

Art. 14. — A chaque réunion du Comité Directeur, le trésorier fournit un état de l'avoir de l'œuvre.

Art. 15. — Le Comité fixe lui-même l'emploi des fonds disponibles et décide tous ordres d'achat, de vente ou de payement.

Art. 16. — Le trésorier pourra être autorisé d'avance à toucher chaque mois, sur un simple reçu établi dans les formes dites ci-dessus, une somme fixe jugée nécessaire par le Comité pour subvenir aux dépenses courantes, telles que indemnités de voyage, frais de bureau, correspondance, menus comptes, etc.

CHAPITRE IV.

Retraites.

Art. 17. — Le service de la Caisse des pensions de retraite du corps médical français ne fonctionnera pas pendant les dix premières

années. Les sommes versées à la Caisse pendant cette période constitueront un capital inaliénable.

Les dix premières annnités de tout adhérent jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans ou, au-dessus de cet âge, nne somme de 1,000 fr. prise sur ces annuités ou sur l'arrérage versé par l'adhérent seront ajoutées au capital.

Art. 18. — Le droit à la retraite ne s'ouvre, pour chaque adhérent, qu'après soixante ans d'âge et dix ans de participation, pendant lesquels il aura régulièrement versé ses cotisations.

Art. 19. — Les adhérents qui, après trois ans au moins d'affiliation, tomberont dans l'incapacité absolue et permanente de continuer l'exercice de leur profession pourront, sur leur demande justifiée et après avis favorable du Comité Directeur, se voir attribuer par l'Assemblée générale une pension de retraite.

Art. 20. — Les femmes des adhérents faisant partie elles-mêmes de l'association pourront, à la mort de leur mari, exiger la liquidation de leur propre pension, qui sera réglée, suivant leur âge, d'après les chiffres proportionnels portés au tableau ci-dessous.

Tableau D (1).

Proportion, exprimée en millièmes de la pension qu'elle aurait acquise à soixante ans d'âge, qui sera servie à la veuve d'après l'époque du veuvage.

Age de la veuve.	Proportion pour 1,000 de pension totale.	Age de la veuve.	Proportion pour 1,000 de pension totale.	Age de la veuve.	Proportion pour 1,000 de pension totale.
21	360	34	452	47	635
22	364	35	461	48	655
23	370	36	471	49	675
24	377	37	482	50	697
25	383	38	492	51	721
26	390	39	505	52	746
27	398	40	518	53	770
28	403	41	532	54	799
29	411	42	546	55	826
30	418	43	563	56	855
31	426	44	580	57	890
32	435	45	596	58	924
33	443	46	615	59	960

Art. 24. — Si l'un des deux cas prévus par les art. 19 et 20 se présente pendant les dix premiéres années d'existence de la Société, la caisse remboursera au participant ou à la veuve la totalité de ses versements, avec intérêts calculés à 4 0/0.

Art. 22. — La Caisse de pensions de retraite du corps médical français sert des pensions viagères et annuelles qui sont établies sur les bases suivantes :

A partir de 1894, les recettes ordinaires indiquées dans le bilan du 31 décembre précédent, déduction faite des retenues prévues par les articles 17 et 29 et des frais d'administration, seront partagées chaque année entre les ayants droit à la pension.

Les recettes ordinaires sont constituées par le total des cotisations de l'année, leurs intérêts, et les intérêts du capital inaliénable.

Art. 23. — La pension ne pourra, pour le moment, dépasser le chiffre maximum de 1,200 fr.

Si la portion disponible des recettes ordinaires est plus que suffisante pour porter la pension à ce chiffre, l'excédant sera divisé en trois parts. L'une ira grossir le capital inaliénable, la seconde sera réservée pour être ajoutée, l'année suivante, au capital destiné au service des pensions; enfin, la troisième sera attribuée à la caisse auxiliaire, dont il sera parlé plus loin.

Art. 24. — Le droit à la pension est vérifié par le Comité Directeur et confirmé par le Conseil général.

Art. 25. — Le chiffre de la retraite est calculé, chaque année, par le Comité Directeur, d'après le chiffre des recettes et le nombre des ayants droit; il est approuvé par le Conseil des censeurs et définitivement fixé par l'Assemblée générale.

Art. 26. — La retraite sera servie dès le lendemain de cette fixation par l'Assemblée générale au pensionnaire lui-même ou lui sera adressée, à ses frais, après présentation d'un certificat de vie, au 1[er] janvier de l'année courante.

Chapitre V.

Dispositions générales.

Art. 27. — La durée de la Caisse des pensions de retraite du corps médical français est illimitée. Le Comité Directeur fera toutes les diligences nécessaires pour la faire reconnaître d'utilité publique.

Il s'efforcera d'obtenir que les retraites soient, au moins en partie, incessibles et insaisissables.

Art. 28. — Toute personne qui aura fait à l'œuvre des dons legs ou générosités quelconques, sera inscrite avec le titre de bienfaiteur sur une liste qui sera publiée annuellement.

Chapitre VI.

Caisse auxiliaire.

Art. 29. — Une Caisse spéciale sera annexée à la Caisse de pensions de retraite du corps médical français. Elle sera alimentée par une retenue de 1 0/0 sur les recettes ordinaires de la Caisse et par des ressources propres qui pourront lui être créées ultérieurement, en particulier par un droit d'entrée fixe imposé aux nouveaux adhérents suivant l'âge et la prospérité de l'œuvre. Elle recevra en outre d'une façon générale toutes les recettes extraordinaires de l'œuvre, telles que dons, legs sans destination spéciale, abandons de pension, etc.

Art. 30. — La Caisse auxiliaire aura pour objet de faire face aux diverses nécessités qui pourraient se présenter et auxquelles ne peut parer la Caisse de retraite.

Elle servira en particulier les retraites accordées en vertu de l'article 19, et viendra en aide aux veuves et aux orphelins des participants décédés avant l'âge de la reuraite.

Elle sera administrée exclusivement par le Comité Directeur qui devra toutefois rendre compte au Conseil des censeurs et à l'Assemblée générale de l'emploi de ses fonds.

NOTES & INFORMATIONS

La commission chargée d'examiner la proposition de M. Chevandier sur les conditions d'exercice de la médecine a pris d'importantes décisions. Elle a d'abord adopté l'article 1[er] de la proposition qui supprime définitivement le titre et la profession d'officier de santé, de manière à ne laisser subsister que les docteurs en médecine.

Toutefois, la loi ne devant pas avoir d'effet rétroactif, les officiers de santé actuellement en exercice pourront continuer à exercer. Ils auront même l'avantage d'exercer désormais dans toute la France, au lieu d'être limités, comme actuellement, à la circonscription pour laquelle ils ont été nommés. Certaines opérations délicates continueront cependant de leur être interdites. Enfin la commission a décidé que tout officier de santé pourrait, après six

(1) *Exemple.* — M[me] Z... devient veuve à l'âge de quarante ans, après quinze ans de participation; elle a fait 15 versements sur les 35 qu elle aurait eu à faire jusqu'à l'âge de soixante ans, elle a donc acquis 15/35 de la retraite totale (tarifs A. et B.) En supposant celle-ci de 1,200 fr., M[me] Z..., cessant de verser ses cotisations à la mort de son mari, aurait droit à l'âge de soixante ans à une pension de 1,200 × 15/35 = 514, 31; mais elle en demande la liquidation immédiate, elle n'a plus droit qu'aux 518 milliémes de cette somme, soit 267 fr. 41 par an.

années d'exercice de sa profession, acquérir le diplôme de docteur en passant deux examens et une thèse.

— Le nombre total des médecins anglais serait, d'après THE MEDICAL DIRECTORY, de 25,038, ainsi répartis: 4,417 à Londres; 11,775 dans les diverses provinces d'Angleterre et du pays de Galles; 2,206 en Ecosse; 2,430 en Irlande; 1,717 à l'étranger, et 2,493 dans la marine militaire, dans la marine marchande et pour le service médical de l'Inde.

— Le président de la République, après avis du Conseil d'Etat, vient d'autoriser le directeur de l'Assistance publique à accepter les legs qui lui ont été faits par M. William Galignani.

Ces legs consistent: 1o En 70,000 francs de rente 5 0/0 sur l'Etat; — 2o en deux immeubles sis à Paris, rue Neuve-des-Petits-Champs, 87, rue de l'Echiquier, 38, et rue d'Enghien, 39; — 3o En un terrain situé boulevard Bineau, 53 et 55, d'une contenance totale de 7,169 mètres; le tout à la charge de fonder à Neuilly-sur-Seine une maison de retraite.

—Par décret en date du 21 février 1884, le conseil de la Société de secours aux blessés militaires des armées de terre et de mer est autorisé à accepter le legs gratuit d'une somme de 2,000 fr. fait à cette œuvre par M. le professeur Houzé de l'Aulnoit, suivant son testament olographe du 16 octobre 1882.

— M. le ministre du commerce a nommé récemment une commission chargée d'assurer et de régler la participation de la France à l'Exposition internationale d'hygiène, qui doit s'ouvrir à Londres le 1er mai prochain.

M. le docteur André Martin est désigné pour remplir les fonctions de commissaire général de la section française.

— Sur la proposition de l'Académie de médecine, M. le professeur Trélat a été désigné par M. le ministre pour le représenter au Congrès de Copenhague.

R. F. D.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de M. le docteur Gangrain, de Fourgerolles-du-Plessis (Mayenne).

— M. le docteur Lebled est décédé à Rochecorbon, le vendredi 22 février dernier, dans sa 72e année.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le docteur Remy, agrégé, suppléant de M. le professeur Béclard, commencera le cours de physiologie le lundi 17 mars 1884, à 5 heures du soir, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants dans le grand amphithéâtre. Il traitera du système musculaire, nerveux et des organes des sens.

— M. le professeur Hayem reprendra ses leçons de thérapeutique et de matière médicale, le jeudi 20 mars, à 5 heures, dans le grand anphithéâtre. Programme de cette année: Des médications.

— M. le docteur Reclus, agrégé, commencera le cours auxiliaire de pathologie externe le vendredi 21 mars 1884, à 4 heures du soir, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants. Il traitera des maladies générales et des maladies des tissus.

— MM. les étudiants ayant plus de dix inscriptions et qui désireraient remplir les fonctions d'externes dans les hôpitaux sont priés de se faire inscrire sans retard au secrétariat de l'Assistance publique.

— M. le docteur Gillet de Grandmont commencera son cours d'ophtalmologie (semestre d'été) le lundi 17 mars, à 8 heures du soir, à l'école pratique de la Faculté, amphithéâtre n° 3, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

Objet: Médecine opératoire oculaire; exercices pratiques pour les élèves inscrits.

Se faire inscrire de 1 heure à 3 heures, rue de l'Ancienne-Comédie ou à l'Ecole pratique, auprès du garçon d'amphithéâtre.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique en date du 7 mars 1884, la chaire de physiologie de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon est déclarée vacante.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. le docteur Lober est nommé chef du laboratoire des cliniques (emploi nouveau).

ECOLE DE MÉDECINE DE REIMS. — M. Drincourt, professeur agrégé de physique au lycée de Reims, est chargé du cours de physique jusqu'à la fin de l'année scolaire 1883-1884.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — M. Kiener, médecin-major de 1re classe, professeur agrégé à l'Ecole de médecine et de pharmacie militaire, a été désigné pour l'hospice mixte de Montpellier (médecin chef des salles militaires).

BUREAUX DE BIENFAISANCE. — Par arrêté ministériel en date du 6 mars 1884, M. le docteur Couméton est nommé médecin du bureau de bienfaisance du XIVe arrondissement de Paris.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Par décret en date du 1er mars 1884, M. le docteur Ayme, médecin de première classe de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— M. le docteur Lelandais, de Régneville (Manche) est nommé officier d'Académie.

— M. le docteur Herbet, professeur de l'Ecole d'Amiens, est nommé officier de l'instruction publique.

RÉCOMPENSES. — Par arrêté ministériel, en date du 29 février 1884, les récompenses suivantes ont été décernées aux docteurs en médecine dont les noms suivent, qui se sont signalés par leur participation active aux travaux des conseils d'hygiène publique et de salubrité pendant l'année 1881:

Médaille d'or. — M. le docteur Nivet (Puy-de-Dôme).

Médaille d'argent. — MM. les docteurs Lande (Gironde), Dubreuilh (Gironde), Thonion (Haute-Savoie), Fouquet (Morbihan), Jablonski (Vienne).

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — Cette association tiendra sa vingt-cinquième assemblée générale les 20 et 21 avril prochain dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

Ordre du jour de la première séance. — 1o Allocution du président;

2o Exposé de la situation financière de l'Association, par le trésorier;

3o Rapport sur la gestion financière du trésorier, par M. Boutin;

4o Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association pendant l'année 1883, par M. A. Foville;

5o Election d'un vice-président en remplacement de M. Seux, décédé, et de six membres du Conseil général;

6o Première partie du rapport sur les pensions viagères à accorder en 1884;

7o Rapport par M. Lunier sur les vœux relatifs à la législation d'exercice de médecine émis par MM. Pestel au nom de la Société de l'Indre, Dubois au nom de la Société de la Haute-Vienne, Paillé au nom de la Société de Rochefort, vœux qui ont été pris en considération par l'Assemblée générale de 1883.

Ordre du jour de la deuxième séance. — 1o Vote du procès-verbal de la dernière Assemblée générale:

2o Approbation des comptes du trésorier;

3o Rapport, par M. Martineau, sur le vœu relatif aux placements et remplacements de médecins, émis par M. Boutequoy au nom de la Société de l'arrondissement de Châtillon-sur-Seine, et pris en considération par l'Assemblée générale de 1883.

4o Deuxième partie du rapport sur les pensions viagères à accorder en 1884. Discussion et vote des conclusions;

5o Election de la commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1885;

6o Discussion du rapport de M. Lunier lu dans la séance de la veille;

7o Exposé des vœux émis par les sociétés locales qui, renvoyés au Conseil général, seront l'objet d'un rapport dans l'Assemblée générale de 1885.

***

Société protectrice de l'enfance de Paris. — La Société donnera un bal d'enfants à l'Hôtel Continental le jeudi 20 mars, jour de la Mi-Carême, à une heure de l'après-midi. — Le prix du billet est de 3 fr. Le produit de ce bal est destiné à secourir les pauvres mères de famille.

Décès notifiés au bureau municipal de statistique de la ville de Paris du vendredi 29 au jeudi 6 mars 1884.

Fièvre typhoïde 29. — Variole 3. — Rougeole 38. — Scarlatine 3. — Coqueluche 18. — Diphtérie, croup 75. — Dysentérie 1. — Erysipèle 6. — Infections puerpérales 3. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 66. — Phthisie pulmonaire 226. — Autres tuberculoses 16. — Autres affections générales 53. — Malformation et débilité des âges extrêmes 56. — Bronchite aiguë 45. — Pneumonie 72. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés: au biberon 36, — au sein et mixte 25. — Inconnu 8. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 98. — de l'appareil circulatoire 60. — de l'appareil respiratoire 78. — de l'appareil digestif 53 — de l'appareil génito-urinaire 24. — de la peau et du tissu lamineux 6. — des os, articulations et muscles 5. — Après traumatisme: Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 30. — Causes non classées 7. — Total de la semaine: 1140 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Contribution a l'étude statistique de la criminalité en France de 1826 a 1880, par le docteur Jules Socquet, préparateur au laboratoire de toxicologie, avec une préface du professeur Brouardel. Une brochure grand in-8, avec cinq cartes en couleurs et quatre tableaux. — Prix : 8 francs. — Paris, Asselin et Cie, place de l'Ecole-de-Médecine.

Compendium annuaire de thérapeutique française et étrangère pour 1884, par E. Bouchut, in-8 de 224 pages. — Prix : 4 fr. — Paris, 1884, Baillère fils, rue Hautefeuille.

Leçons cliniques sur les maladies des enfants, par le docteur Archambault. Un volume in-8 de 160 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, librairie du Progrès médical, 14, rue des Carmes.

Leçons cliniques et thérapeutiques sur la tuberculose parasitaire, faites à la clinique de la Pitié par le docteur Debove, recueillies par le docteur Faisans, 1 beau volume in-8 de 96 pages. — Prix 3 fr. — Paris, librairie du Progrès médical, 14, rue des Carmes.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.



GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;
Membres : MM. les Drs **J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN**;
Secrétaire : M. le Dr **E. RICKLIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

CLINIQUE MÉDICALE

DU RÉTRÉCISSEMENT MITRAL PUR (MALADIE DE DROZIEZ), service de M. le professeur Hardy, leçon recueillie à l'hôpital de la Charité par M. DÉRIGNAC, chef de clinique de la Faculté.

Messieurs,

Je désire vous parler aujourd'hui d'une jeune femme couchée au numéro 3 de la salle Sainte-Anne, et qui est atteinte d'une affection que vous rencontrerez rarement sous une forme aussi nette et avec des symptômes aussi accusés : il s'agit d'un rétrécissement mitral pur.

La malade qui fait le sujet de cette leçon, âgée seulement de 24 ans, présente un facies qui est loin de faire soupçonner la lésion sérieuse qu'elle porte au cœur ; à la voir, vous la croiriez douée de la santé la plus florissante ; cependant il est loin d'en être ainsi.

Par un interrogatoire minutieux, on apprend que cette jeune femme a éprouvé dès sa plus tendre enfance des palpitations assez fréquentes ; jeune, elle ne pouvait courir, jouer ou sauter comme les enfants de son âge ; aussitôt qu'elle avait fait une course rapide ou gravi un escalier, elle était prise d'une gêne à respirer assez considérable avec palpitations ; enfin elle dit avoir eu fréquemment à cette époque d'abondantes épistaxis qui nécessitèrent à plusieurs reprises l'intervention du médecin.

Arrivée ainsi jusqu'à l'âge de 14 ans, cette jeune fille vit ses règles apparaître pour la première fois dans le cours de cette année. Depuis cette époque jusqu'à aujourd'hui, c'est là un point que je vous prie de noter soigneusement, la menstruation s'est faite d'une façon assez irrégulière ; les règles, au lieu de revenir chaque mois, ont apparu tous les douze ou quinze jours environ ; j'ajoute que, depuis l'âge de 18 ans, date de son mariage, jusqu'à ce jour, notre malade a eu trois accouchements qui, chaque fois, se sont terminés par la perte d'une assez grande quantité de sang.

Tous ces symptômes, palpitations, essoufflement dès l'enfance, hémorrhagies nasales et utérines, attiraient, messieurs, dès nos premières investigations, l'attention du côté du cœur. Cependant, pour donner plus de certitude encore à nos présomptions, nous devions rechercher s'il n'avait pas existé dans le passé de la malade quelqu'une de ces maladies qui retentissent sur le cœur et laissent dans cet organe un vestige de leur passage ; nous apprîmes qu'elle avait eu, très jeune, la rougeole, la coqueluche, la scarlatine, la variole ; elle accusait enfin avoir vu apparaître, à 16 ans, à la suite de violents chagrins, des troubles choréiques localisés surtout du côté gauche du corps et qui persistèrent trois mois.

En possession des symptômes prémonitoires sur lesquels je

FEUILLETON

ESSAI BIOGRAPHIQUE SUR L'ANATOMISTE JEAN-BAPTISTE CANANO.

Les médecins oublieux de leurs gloires ont laissé s'envelopper comme d'un épais nuage le nom d'un des meilleurs anatomistes du seizième siècle, le nom de Jean-Baptiste Canani ou Canano.

Est-ce en raison de la rareté de l'ouvrage qui avait fondé sa réputation que Canano a trouvé une postérité si ingrate? C'est probable.

En lisant, ces dernières semaines, avec le plus vif intérêt le travail que M. le professeur Alf. Corradi vient de publier dans les ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA (1) sous ce titre : *Tre lettere d'illustri anatomici del cinquecento : Aranzio, Canano, Falloppia*, j'ai été surpris du grand nombre d'erreurs qui circulent encore dans nos livres sur la vie de ces trois anatomistes. Ces erreurs, jointes à beaucoup de lacunes, existent surtout dans les biographies consacrées à Canano, si bien qu'après avoir lu et relu le substantiel opuscule de M. Corradi, je me suis laissé aller à consulter, pour la satisfaction de ma curiosité personnelle, les divers recueils de biographie médicale que j'ai sous la main, et de mon côté j'ai constaté une multitude d'inexactitudes, des confusions, des erreurs et des omissions ; l'idée m'est alors venue de condenser les résultats de mon examen en une courte notice. Au lieu de passer mon temps à réfuter les articles des divers biographes ou de m'amuser à les faire se contredire les uns par les autres, j'ai réuni dans cette notice tout ce qui, chez tous ces biographes, m'a paru concorder.

La famille des Canani remonterait à l'un de ces savants grecs qui, sous le règne des Paléologues, vinrent s'établir en Italie (d'après Chaumeton) (1). Fixés à Ferrare, les Canani ont produit plusieurs médecins ; la postérité a conservé le nom des quatre suivants :

(1) Vol. CCLXV, année 1883, et tirage à part, Milan, 1883.

(1) Dans la Biographie Michaud, au Supplement. De toutes les notices consacrées à Canano, c'est celle qui renferme le moins d'inexactitudes, c'est la plus complète, c'est à elle que nous avons fait le plus d'emprunts.

viens d'insister, et avec les notions étiologiques que je viens de vous rappeler, l'examen de l'organe central de la circulation s'imposait naturellement; voici les signes physiques que nous avons constatés : le facies de la malade ne trahit rien, je tiens à y revenir, du facies cardiaque; la peau a sa coloration normale, les pommettes ne sont ni rouges ni violacées, comme cela s'observe d'habitude chez les individus atteints d'une lésion mitrale avancée; les veines du cou ne sont point turgescentes; vidées, elles ne se remplissent point de bas en haut, il ne s'y présente pas le moindre phénomène de reflux. Nulle part on ne constate trace d'œdème; les organes digestifs ne sont le siége d'aucune altération; l'appareil spléno-hépatique n'est ni gonflé ni douloureux spontanément ou à la percussion; les urines sont normales comme qualité et comme quantité; elles ne contiennent ni albumine ni sédiments.

J'ai tenu à noter tout d'abord, messieurs, l'aspect de la malade, j'ai tenu à le souligner pour bien graver dans votre esprit combien il peut facilement induire en erreur dans les cas semblables à celui que je rapporte ici. Il faut être prévenu de l'existence possible d'une affection du cœur (latente si j'ose m'exprimer ainsi) pour la découvrir chez des malades en apparence aussi bien portants.

Lorsqu'on explore le pouls chez notre jeune femme, on constate qu'il bat régulièrement; les pulsations sont toutes égales entre elles et elles sont espacées de temps égaux; de plus, le pouls n'est pas fréquent, il bat seulement 72 fois à la minute; mais, caractère important, il est petit, la pulsation est peu large, comme si le ventricule gauche rejetait à chaque systole une quantité peu considérable de sang dans le système artériel. Au sphygmographe (je fais passer les tracés sous vos yeux), vous pouvez constater aisément les caractères que je viens de vous décrire : la ligne d'ascension est courte, le sommet est légèrement arrondi et la ligne de descente est longue; on ne constate pas sur celle-ci l'existence du dicrotisme normal, comme si l'ondée sanguine était trop peu considérable pour distendre à tel point l'artère que les muscles lisses aient à entrer en action; enfin il est un phénomène sur lequel j'insiste : la ligne d'ascension est courte, mais elle se rapproche sensiblement de la verticale, témoignant ainsi que la petitesse de la pulsation n'est pas due à un affaiblissement du ventricule gauche, tout au contraire, et bien plutôt à ce que celui-ci rejette à chaque contraction une trop minime quantité de sang dans le système périphérique.

L'*inspection* de la *région précordiale* ne dénote point l'existence de voussure; la région précordiale ne se soulève point énergiquement à chaque systole; il semble que le cœur batte à peine et bouge peu.

A la *palpation*, on sent un léger frémissement cataire dans le voisinage de la pointe.

La *percussion* révèle une légère augmentation de volume de l'oreillette gauche.

A l'*auscultation*, on perçoit des signes sur lesquels je vous demande la permission d'insister. Lorsqu'on applique l'oreille au niveau de la pointe et à gauche, on entend un bruit *présystolique* que je ne peux mieux définir qu'en le comparant à une sorte de *râpement*, puis on constate un éclat très net du premier claquement; enfin, si l'on remonte vers la base, on perçoit un dédoublement du deuxième claquement normal, quelque chose qui simule les deux bruits du marteau tombant sur l'enclume, puis retombant à nouveau après avoir rebondi.

A l'aide des signes fournis par l'examen du pouls et par l'examen du cœur, l'affection dont était atteinte notre malade se révélait de toute évidence : il s'agissait, à n'en pas douter, d'un *rétrécissement mitral*, et j'ajoute d'un *rétrécissement mitral pur*, car il n'existait ni du côté du cœur droit, ni du côté des poumons, ni du côté d'aucun autre organe, rien qui pût faire songer à quelque complication : le rétrécissement mitral existait bien certainement, mais l'oreillette gauche suffisait à surmonter l'obstacle; il n'y avait point en arrière d'elle cette stase, compagne trop fréquente des lésions avancées du cœur; il n'y avait non plus aucun signe d'insuffisance mitrale; nous avions donc bien affaire au *rétrécissement mitral pur*, c'est-à-dire exempt de toute autre lésion. Je vous demande la permission, messieurs, de profiter de cet exemple pour vous retracer dans ses traits principaux l'histoire de cette affection.

Nié par quelques auteurs, le rétrécissement mitral pur, dont vous voyez dans nos salles un bien frappant exemple, paraît offrir une prédilection marquée pour le sexe féminin; il affecterait, selon Duroziez (1), 15 fois l'homme, tandis qu'il attein-

(1) Duroziez. *Du rétrécissement mitral pur*. (ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, 1877.)

1º Antoine-Marie Canano (1), qui aurait écrit des *Commentaires* sur les aphorismes d'Hippocrate et sur quelques livres de Galien.

2º Jean-Baptiste, qui fut médecin de Mathias Corvin et du pape Alexandre VI Borgia, et qui vivait encore en 1498.

3º Antoine-Marie, qui s'occupa d'anatomie et qui aurait donné les premiers enseignements à celui qui fait l'objet spécial de cette biographie. (Quelques biographes appellent ce parent, le maître en anatomie, François-Marie; je préfère adopter la version de M. Corradi, qui prouve qu'Antoine-Marie vivait encore en 1571.)

4º Enfin notre héros Jean-Baptiste Canano, dit *le Jeune* pour le distinguer du médecin d'Alexandre VI. Né à Ferrare en 1515, il reçut les premières leçons de grec et de latin de J.-B. Giraldi, surnommé Cinthio, qui concourut (1) à tourner son goût vers l'anatomie. Ses premiers maîtres dans cette science furent Antoine Musa Brasavola, médecin du duc d'Este Hercule II, et aussi Antoine-Marie Canano, son parent, qui était professeur d'anatomie à Ferrare. Il fit sous celui-ci de tels progrès qu'il fut bientôt jugé digne de lui succéder, quoique Antoine-Marie ait vécu longtemps encore (en octobre 1571 il n'était pas mort). Ne se bornant point à l'étude théorique de l'anatomie à laquelle il se livrait avec ardeur, il rassemblait chez lui plusieurs médecins des plus instruits pour les consulter dans les dissections qu'il faisait en leur présence, et de ce nombre étaient Antoine-Marie Canano lui-même, François Vésale, Jean Rodriguez, plus connu sous le nom d'Amatus Lusitanus, Archangelo Piccolomini, Hippolyte Boschi, Jacob-Antoine Boni. Pour s'aider par la comparaison à faire des découvertes dans la structure interne du corps humain, Jean-Baptiste Canano s'appliquait en même temps à la zootomie.

Ce fut vers l'âge de vingt-cinq ans qu'il publia son livre de *Mus-*

(1) Si j'écris Canano au lieu de Canani comme on orthographie partout (Dezeimeris, à la suite de Douglas, et en dernier lieu H. Montanier dans son très insuffisant article du DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE DES SCIENCES MÉDICALES de Dechambre, écrivent Cannani), c'est pour me conformer à la signature de la lettre écrite en italien que M. Alfr. Corradi reproduit dans son travail.

(1) Cinthio avait fait un traité en vers héroïques intitulé : *De humani corporis partibus*.

drait 46 fois la femme ; il se montrerait donc chez cette dernière 2 fois sur 3. Selon mes observations personnelles, la femme serait encore bien plus souvent victime ; il existerait chez elle quatre fois pendant qu'il atteint l'homme une fois seulement.

Dans l'un et l'autre sexe, la maladie apparaît de préférence à un âge peu avancé de la vie ; c'est de 15 à 30 ans qu'elle se manifeste de préférence, mais souvent par un interrogatoire minutieux on retrouve l'existence d'anhélation, de palpitations dès le plus jeune âge chez des malades dont le rétrécissement mitral se révèle seulement à une époque plus avancée de la vie : 20, 25, 35, 40 ans.

Il est fort difficile souvent, plus que pour toutes les autres affections cardiaques, de déterminer exactement quelle est la maladie sous l'influence de laquelle le rétrécissement mitral a pris naissance. Duroziez note le rhumatisme dans la moitié des cas ; quelquefois on retrouve la rougeole, la scarlatine, la variole dans les antécédents; plus souvent on note, comme chez notre malade, l'existence de la chorée ; mais je dois dire que chez elle les symptômes de l'affection cardiaque avaient apparu depuis longtemps lorsque se manifesta la danse de Saint-Guy. Cette jeune fille avait dans son enfance de l'essoufflement au moindre effort ; elle avait eu la rougeole, la scarlatine, la variole ; peut-être est-ce celle-ci qu'il faut incriminer; je n'oserais le dire; peut-être enfin faut-il admettre ici, comme je l'ai observé nombre de fois, un rétrécissement mitral sans cause appréciable, rétrécissement analogue à celui qu'on observe au niveau de l'aorte diminuée de calibre chez les chlorotiques.

(A suivre.)

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Nouveau fait pour servir a l'étude de l'influence du traumatisme sur le rhumatisme articulaire et sur l'impaludisme, par MM. A. Demoulin, interne des hôpitaux, et A. Dutil, interne provisoire.

La nommée Augustine Daut ..., domestique, âgée de vingt-deux ans, est entrée, le 16 janvier 1884, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le docteur Desprès.

Antécédents héréditaires. — Le père de cette jeune femme était sujet au rhumatisme. Il avait eu, dans les dernières années de sa vie, plusieurs attaques de rhumatisme articulaire bien caractérisées; il est mort « hydropique », de sorte qu'il paraît avoir succombé aux progrès d'une affection cardiaque d'origine rhumatismale. C'est là, au point de vue des antécédents héréditaires de notre malade, le seul fait digne d'être noté.

Sa mère est morte de fièvre typhoïde, et elle a trois frères et cinq sœurs tous vivants, et en parfaite santé.

Antécédents personnels. — Daut..., dans son enfance, a toujours été robuste et bien portante; elle n'a jamais eu de fièvre éruptive, scarlatine ou autres; elle n'a jamais eu de mouvements choréiques.

Vers l'âge de treize ans, elle eut à plusieurs reprises des accès de fièvre intermittente ; la fièvre revenait tous les deux jours et cédait aisément à quelques prises de sulfate de quinine, mais pour reparaître encore.

Elle avait été réglée à treize ans et toujours bien réglée, lorsqu'au mois de juin 1882 ses règles se supprimèrent : elle était enceinte ; la grossesse suivait son cours normal, quand, dans les premiers jours de janvier 1883, Dant... fut prise, après quelques journées de malaise, d'une fièvre intense et de douleurs articulaires très vives; les genoux et les poignets se tuméfièrent ; elle garda le lit pendant un mois. Après quoi, les fluxions articulaires disparurent et la convalescence s'établit rapidement. Depuis cette première poussée rhumatismale, elle est sujette aux palpitations de cœur et se plaint « d'avoir l'haleine courte », de s'essouffler très vite quand elle se livre à un travail soutenu.

Néanmoins elle accoucha à terme et sans autre accident au commencement du mois de mars 1883.

Un mois après, elle fit une chute dans laquelle le côté gauche de sa poitrine heurta violemment une marche d'escalier ; elle eut immédiatement une hémoptysie abondante. Quelques jours après, souffrant toujours de son côté, la respiration oppressée, elle entra à l'hôpital Laënnec où l'on appliqua sur sa poitrine une série de vésicatoires. Elle quitta l'hôpital, après plusieurs semaines de traitement, vers la fin d'août 1883. Bien qu'elle continuât à souffrir de ses palpitations, elle put reprendre ses fonctions de domestique.

Le 15 janvier, dans l'après-midi, en descendant à la cave, elle glissa sur la pierre de l'escalier et tomba lourdement *sur son genou droit*. A ce moment, Daut... était relativement bien portante; ses fonctions s'accomplissaient régulièrement, elle avait bon appétit et rien dans son état ne faisait présager une atteinte prochaine à sa santé générale. Elle portait seulement, depuis trois jours, un peu au-dessus et en dehors du sein gauche, un petit abcès en voie de formation. Cet abcès, sous-cutané, avait à peu près le volume d'une

---

culorum humani corporis picturata dissectio in Bartholomæi Nigrisolii Ferrariensis patritii gratiam, nunc primum in lucem edita. Ce volume est orné de 27 planches gravées sur cuivre par Jérôme Bianchi de Carpi (dont Dezeimeris a fait Jérôme Carpentier).

Le livre ne porte aucune date et la plupart des biographes l'ont cru de 1572. Haller, en parlant des deux exemplaires de cet ouvrage qui étaient parvenus entre ses mains, avait déjà écrit la note suivante : *Nunc coram est exemplum, ex Johannis Gesneri liberalitate mecum communicatum, quod ex Conradi Gesneri nomine, propriâ summi viri manu inscripto, certum est jam anno 1543 ab Augustino de Musto Ferraria ad Gesnerum missum esse. Alterum exemplum debeo liberalitati celsissimi comitis de Bute.*

Depuis, Niccolo Zaffarini (1), s'appuyant sur une phrase de Canano dans laquelle il parle de son adolescence, voulut établir que le livre est sorti de l'imprimerie Rossi de Ferrare en 1541 ; mais il est un autre argument préférable à celui-là (suivant M. Corradi), c'est celui qui est tiré de la publication du Traité de Vésale (*De corporis humani fabricâ*, Bâle, 1543), traité dans lequel il est fait mention de l'ouvrage de Canano.

Ce livre devait avoir une suite. On ignore les raisons qui détournèrent Canano d'en publier la seconde partie, laquelle (d'après Weiss, *Biographie Michaud*, note au supplément) était sous presse lorsque la première parut. Il est vraisemblable que le succès du traité de Vésale lui fit arrêter l'impression de cette seconde partie, et supprimer tant qu'il le put les exemplaires de la première, circonstance qui peut servir à en expliquer l'extrême rareté. On assure que Canano avait composé deux autres ouvrages : l'un contenait ses *Essais anatomiques sur les animaux*, et l'autre ses *Observations sur les maladies* qu'il avait eu l'occasion de traiter ; mais ils n'ont pas été publiés depuis sa mort, et l'on n'en connaît aucun manuscrit (Weiss).

Ce fut Canano qui, ainsi que l'avoue Fallope, découvrit dans la paume de la main le muscle *palmaire bref*, que Galien n'avait pas même aperçu. Bientôt après, mais avant 1546, c'est-à-dire avant Sarpi, personne encore n'en ayant parlé, il remarqua et fit observer à ses disciples la présence de valvules dans quelques veines du corps humain.

(1) *Scoperte anatomiche di G. Battista Canani*, Ferrara, 1809.

noix; il était survenu sans cause appréciable, car il n'existait pas, à sa connaissance, de gerçure du mamelon ni de l'aréole (1); toujours est-il que cet abcès avait évolué presque sans douleur et sans aucun phénomène de réaction générale, sans malaise, sans insomnie, sans fièvre. Tel était l'état de la malade lorsqu'elle tomba sur son genou droit, comme nous venons de le dire. Aussitôt elle éprouva une douleur vive, qui, loin de se calmer par le repos, s'accentua de plus en plus; dans la soirée même, quelques heures après l'accident, le genou devint rouge, volumineux, et la malade dut se mettre au lit C'est alors qu'elle fut prise d'une fièvre tellement intense qu'elle eut, au dire des personnes qui l'accompagnèrent à l'hôpital, le délire presque toute la nuit.

Le lendemain, 16 janvier au soir, voici quel était l'état de la malade: le genou droit, sur lequel avait porté le traumatisme, était manifestement tuméfié; les téguments offraient leur coloration à peu près normale, mais la synoviale était distendue par un épanchement assez considérable, puisqu'on produisait le choc rotulien sans refouler au préalable le liquide des culs-de-sac. La pression, les mouvements soit spontanés, soit provoqués, étaient très douloureux. Toutes les autres articulations étaient d'ailleurs saines. La malade était très agitée, se plaignait d'une céphalalgie intense. Temp. axill. 40°,2.

A l'auscultation du cœur, souffle doux à la pointe, au premier temps et se propageant vers l'aisselle. Le pouls était régulier et d'une amplitude normale.

Rien aux poumons.

L'abcès de la région mammaire s'était ouvert spontanément et vidé en partie. L'écoulement du pus étant insuffisant, une incision fut pratiquée.

Dans la nuit, toutes les articulations des membres inférieurs devinrent douloureuses; le lendemain, 17 janvier, à la visite du matin, les articulations tibio-tarsiennes, les deux genoux étaient gonflés; les mouvements de l'épaule gauche commençaient à devenir pénibles. Dans les deux jours qui suivirent, le rhumatisme articulaire se généralisa, envahissant successivement les épaules, les coudes et les poignets. La poussée rhumatismale persista jusqu'au commencement du mois de février avec des alternatives de sédation et de recrudescence s'effectuant tantôt sur l'une, tantôt sur l'autre articulation. La température, d'abord très élevée dans les deux premiers jours (16 et 17 février) s'est ensuite maintenue entre 38°,8 et 37°.

Cependant, dans les derniers jours de la maladie, alors que les fluxions articulaires avaient presque complètement cessé, que tout gonflement avait disparu et qu'il ne restait plus que de la gêne et quelques légères douleurs à l'occasion des mouvements, la courbe thermique se modifia d'une façon remarquable. A trois reprises séparées de trois jours d'intervalle, la malade fut prise, le matin, d'un violent accès de fièvre (40°). Ces brusques élévations de la température se produisirent les 5, 9 et 13 février, de sorte que la forme de la couche thermique répondait au type de la fièvre intermittente quarte. Après le troisième accès, le sulfate de quinine fut prescrit, et l'accès ne s'est pas reproduit. Dans l'intervalle de ces accès, la température, au lieu de retomber au degré normal, oscillait entre 37°5 et 38°6 Cependant, ni l'état des articulations, ni l'état du cœur ne pouvaient fournir la cause de ces poussées intermittentes. (Peut-être pourrait-on, sans exagération, rapprocher ces accidents des accès de fièvre intermittente que la malade a accusés dans ses antécédents et les attribuer à une sorte de réveil de l'impaludisme provoqué soit par le rhumatisme articulaire, soit par le traumatisme qui a déterminé l'apparition de ce dernier.

La malade sort guérie le jendi 7 mars.

En résumé, une femme, fille de rhumatisant, qui avait déjà subi une première attaque de rhumatisme articulaire, tombe sur son genou droit. Immédiatement apparaît une arthrite subaiguë du genou lésé, et, quarante-huit heures après, un rhumatisme articulaire aigu généralisé.

Il est à remarquer que, dans notre cas, le rhumatisme articulaire ne s'est pas cantonné dans la moitié du corps correspondant au côté sur lequel avait porté le traumatisme, mais qu'il a envahi indifféremment et avec une intensité à peu près égale les articulations droite et gauche Par contre, cette particularité de la prédominance ou de la délimitation du rhumatisme au côté du corps sur lequel s'est exercée la violence est nettement indiquée dans la majorité des faits qui ont été publiés. Ces faits sont déjà assez nombreux (1), quoique rares. Mais, dans le cas qui nous occupe, l'influence provocatrice du trauma sur le développement du rhumatisme s'est montrée si flagrante que nous avons cru devoir en rapporter l'observation détaillée.

(1) Peut-être cependant était-il une conséquence éloignée de la montée du lait au moment de l'accouchement ou de la contusion qu'elle reçut lors de sa première chute.

(1) Bruguières, Th. Paris, 1817. — Després, France médicale, 1874. — Berger, France méd., 1876. — Verneuil, Bullet. acad. de méd., 1876...., etc.

Exercé aux opérations chirurgicales, Canano inventa plusieurs instruments pour faciliter les plus délicates, entre autres un très ingénieux, pour perforer le gland à un enfant de deux ans dont le sexe semblait équivoque, parce que les évacuations urinaires se faisaient par une ouverture qu'elles s'étaient forcément procurée. C'est à lui, ajoute Chaumeton, qu'on doit encore l'instrument appelé *Rocchetta* (petite grenouille) pour débarrasser l'abdomen, l'estomac ou d'autres parties creuses, des globules (ou crudités, d'après Hœfer) qui s'y forment quelquefois. La réputation extraordinaire que J.-B. Canano avait acquise le fit nommer par le pape Jules III, alors tourmenté de la goutte, son premier médecin. Il se rendit à Rome; il parvint à soulager le pontife qui, pour le rendre apte aux meilleures récompenses qu'il pût lui donner, l'engagea à entrer dans l'état ecclésiastique. On n'a pas dit positivement qu'il l'ordonna prêtre, mais cela est présumable, car on voit qu'en 1559 Canano était qualifié de révérend, et que l'année suivante il fut promu à la cure et à l'archiprêtré de Ficcarolo, dans le diocèse de Ferrare, sans toutefois être obligé à la résidence. Depuis la mort de Jules III, il était revenu dans sa patrie, où il s'était remis à exercer la médecine. Pour se délasser de ses travaux, il s'amusait à faire des vers. Le duc Alphonse II le nomma premier médecin de tout le duché de Ferrare; et en cette qualité il répondit à l'attente du prince et à celle du public. Parvenu au faîte de la gloire, comme médecin, comme anatomiste, comme chirurgien, il termina sa carrière le 29 janvier 1579. Sa réputation était si éclatante et si bien établie que la plupart des auteurs de ce temps-là crurent se devoir à eux-mêmes de le louer dans leurs écrits (Chaumeton).

Canano se fit à lui-même son épitaphe, que Superbi nous a transmise:

Jo. Baptista Cananus
Julii III Pont. Max.
Medicus olim acceptissimus,
Nunc autem totius ditionis
Alphonsi II, Ferrariæ ducis serenis.
Suis meritis Proto-medicus
Hoc sibi monumentum vivens P.-C.
Ann. M. D. LXXIX, KAL. Jan.
ÆTATIS VERO suæ LXIII.

Si nous en croyons Chaumeton, en 1836, date de la publication

Érythème symétrique des mains consécutif à l'application de teinture d'iode sur l'une d'elles, par le docteur Locquin (de Dijon).

Mme K... portait au poignet gauche un kyste tendineux de la grosseur d'une noisette, dont elle me pria de la débarrasser. Je l'opérai par la méthode sous-cutanée en dilacérant la poche avec une aiguille à cataracte et en l'écrasant ensuite avec le pouce.

Quelque temps après, comme il restait un petit noyau qui tardait à se résorber, elle se mit, sur le conseil du premier venu, à le badigeonner généreusement avec de la teinture d'iode pendant six semaines, matin et soir.

De sorte qu'il se forma à ce niveau, sur la largeur d'une pièce de cinq francs, une croûte épaisse, noirâtre, dure, fendillée, et au fond des crevasses on voyait le derme mis à nu, rouge et enflammé. En même temps la main du même côté se mit à gonfler du poignet jusqu'au bout des doigts. L'autre main en fit autant, juste dans les mêmes limites, et comme ce gonflement lui causait, surtout le soir et la nuit, des douleurs intolérables, elle me fit appeler. Le gonflement des mains était très curieux. La face dorsale et la face palmaire semblaient frappées de sclérème. Il n'y avait pas de rougeur, mais seulement de l'élévation de la température. Je ne puis mieux comparer l'état des doigts qu'à celui que produit l'*onglée*. La face dorsale de la main était luisante, pâle, et les papilles faisant saillie sous l'épiderme lui donnaient l'aspect d'une peau de limon.

Je fis appliquer quelques cataplasmes de fécule sur la croûte iodée qui tomba, je donnai quelques calmants, et au bout de deux ou trois jours tout avait disparu.

REVUE CRITIQUE

Le jéquirity a la Société française d'ophthalmologie.

On attendait avec impatience la réunion de la Société française d'ophthalmologie pour se faire une opinion sur le jéquirity. Pendant l'année, les travaux, les rapports s'étaient succédé en France, en Belgique, en Italie : les uns faisaient du médicament un éloge pompeux, allant jusqu'à comparer sa découverte à celle de la vaccine; les autres, au contraire, n'apportaient que des résultats négatifs. Au milieu de toutes ces contradictions, la vérité était bien difficile à saisir, et l'on pouvait espérer qu'elle jaillirait plus claire des discussions du Congrès. La question s'imposait tellement, qu'elle fut dès la première réunion mise à l'ordre du jour. Chacun est venu apporter le fruit de son expérience et donner son avis sur le remède nouveau.

Comme on devait s'y attendre, les opinions ont été encore bien diverses : à côté de ceux qui ont obtenu de bons, on pourrait même dire d'excellents résultats, il en est d'autres qui n'ont retiré de la nouvelle médication aucun bénéfice et qui même la croient désastreuse.

Dans les questions de ce genre, les résultats positifs (et certes, ici, ils ont été nombreux) restent toujours acquis; ils ont une valeur démonstrative bien autrement grande que les insuccès; ceux-ci ne les infirment en rien. En admettant que les expérimentateurs se soient placés dans toutes les conditions requises, ce qui est loin d'être démontré, ils prouveraient seulement que le jéquirity n'est pas favorable dans tous les cas, ce que personne ne conteste; mais il n'en est pas moins vrai que désormais les ophthalmologistes se trouvent en possession d'un remède, j'oserais dire héroïque, contre certaines affections jusqu'ici incurables.

Parmi les adversaires, nous trouvons en première ligne M. Galezowski qui a essayé le jéquirity dix fois. Il a constaté des résultats primitifs assez satisfaisants; la conjonctive prenait un aspect lisse qui pouvait faire espérer la guérison, mais cet espoir était de courte durée, la maladie ne tardait pas à reprendre les caractères qu'elle avait avant toute intervention.

Vient ensuite M. Pizotti (de Rome), qui rapporte d'abord les résultats de deux observateurs, ses compatriotes; ces résultats ne paraissent pas encourageants; lui-même, il a surtout observé à la clinique de M. Galezowski, il a vu venir là des malades traités ailleurs par le jéquirity, et il a pu s'assurer que cette méthode avait donné sur eux des résultats désastreux.

M. Gayet (de Lyon) a, pour sa part, employé le jéquirity sur trente enfants granuleux, et n'a malheureusement, dit-il, obtenu aucun résultat bien sensible. Voilà pour le parti des opposants.

A côté d'eux, nous voyons M. Coppez (de Bruxelles) qui, sur cent quarante granuleux atteints des pannus les plus invétérés, obtient quatre-vingt-sept guérisons; M. Vallez (de Tournai), qui a essayé trente fois du nouveau remède et a obtenu quinze fois des résultats véritablement merveilleux.

---

de son article (Biographie Michaud, t. LX), il ne restait que six exemplaires du livre de Canano. Choulant, en 1852, ne croyait à l'existence que de trois ou quatre exemplaires complets. Mais M. Corradi, outre les deux exemplaires de Haller, outre l'exemplaire de la bibliothèque de Varsovie et celui de la bibliothèque de Dresde, signale quatre autres exemplaires : deux à Padoue, un à Ferrare et un incomplet à la bibliothèque de l'Université de Pavie.

Brambilla et la plupart des auteurs qui ont suivi ont attribué à Canano un autre ouvrage d'anatomie sous cette mention : *Anatomes libri duo*, Taurini, 1574. Mais Marini a depuis longtemps démontré qu'il y a eu confusion entre G.-B. Canani et G.-B. Careoni, médecin milanais, qui fut professeur d'anatomie à Pavie (*Ticini* au lieu de *Taurini*). Voici d'ailleurs le titre des deux *livres* d'anatomie de Careoni: *De cordis vasorum in fœtu unione*. — *De musculis palpebrarum atque oculorum motibus deservientibus*. — Ces deux traités ont été imprimés à Pavie en 1574 (in-8, Ticini.)

Canano avait un jeune frère, prénommé Jules, qui devint évêque d'Adria et revêtit plus tard la pourpre cardinalice.(Voir Alf. Corradi.)

La lettre que vient de publier M. Alf. Corradi, dans son mémoire, est adressée au cardinal Louis d'Este, qui était alors (octobre 1871) à la cour de France. L'original de cette lettre est conservé aux Archives d'Etat de Modène.

En rappelant l'attention sur un des premiers anatomistes, il nous a semblé que nous faisions mieux qu'un acte de justice, nous avons cru faire en quelque sorte une œuvre de réparation. Car par sa découverte des valvules des veines, Canano, trop méconnu et souvent oublié, mérite d'être honorablement compté parmi les précurseurs de Guillaume Hervey. Il prépara la découverte de la circulation du sang.

Dr Albertus.

Nomination dans le corps de santé de la marine. — Par décret, en date du 16 mars 1884, M. le docteur Beaumanoir, médecin de première classe, est promu au grade de médecin principal (premier tour, choix).

Muséum. — L'exposition des collections sous-marines du *Travailleur* et du *Talisman*, qui a été fermée le 16 mars 1881, s'ouvrira de nouveau du 7 au 20 avril 1884, rue de Buffon, 61.

Sept de mes malades, dit-il, étaient dans un état tellement déplorable qu'ils avaient dû être admis comme incurables dans un hospice d'aveugles. A l'heure actuelle, ils ont été tellement bien guéris, à la suite de une ou deux applications de jéquirity, qu'ils ont pu prendre des métiers tels que fileur, tailleur; un d'entre eux était atteint depuis cinq ou six ans d'un ectropion double des plus prononcés, ses cornées étaient recouvertes d'un « pannus crassus » des plus épais qui donnait à ses yeux l'aspect de deux billes rouges saillantes; à la suite de deux applications faites à trois semaines de distance, cet homme a été guéri et il a pu prendre le métier de tailleur de pierres. M. Vacher, sur 11 cas, a eu 10 succès éclatants. D'autres encore, sans avoir obtenu d'aussi belles guérisons, sont tombés d'accord sur ce point que le jéquirity, dans certains cas, leur avait donné des résultats inespérés. Nous ne parlons pas de la clinique de M. de Wecker, le promoteur de la médication nouvelle; là, on a tiré du jéquirity le maximum de ses effets.

D'où viennent ces divergences? Peut-être pourrait-on, comme le disait M. Parinaud, expliquer les insuccès de M. Gayet par ce fait que ses malades étaient tous des enfants, et que chez ces derniers les granulations ne se comportent pas de la même façon que chez les adultes. D'autre part, il est permis de penser que les expérimentateurs, qui ont obtenu des résultats mauvais ou nuls, ne se sont pas placés dans des conditions identiques aux précédents; M. Panas fait remarquer, en effet, qu'il n'est pas toujours facile d'avoir de bonnes préparations : les cultures de microbes sont chose délicate; on sait quelles difficultés ont éprouvées jusqu'ici les expérimentateurs qui ont voulu répéter les expériences de Pasteur sur le charbon; les préparations de jéquirity, sans exiger de tels soins, demandent pourtant une certaine attention; aussi le professeur de l'Hôtel-Dieu conseille-t-il aux autres d'imiter son exemple et de les faire eux-mêmes. L'action du médicament paraît dépendre plus encore de la manière dont il est préparé que des doses employées. On peut prendre comme dose moyenne cinq pour cent. M. Coppez (de Bruxelles) se sert de doses variant entre cinq et dix pour cent, mais on peut obtenir de bons résultats avec des doses moindres. A l'hôpital spécial pour les yeux et les oreilles de l'Etat de Massachusetts, les chirurgiens emploient une dose plus faible, deux pour cent seulement; sur 24 observations relatées dans leur statistique, la guérison a été obtenue dans 13 cas, la conjonctive est redevenue lisse, et le pannus a disparu; dans 5 cas seulement ils ont eu des insuccès complets; la dose n'est donc que secondaire, le mode de préparation et le mode d'application sont la chose principale. Voici d'ailleurs comment l'on procède :

« La graine, concassée pour être décortiquée, est ensuite réduite en poudre au moyen d'un moulin à café par exemple; on fait macérer la poudre dans l'eau froide pendant vingt-quatre heures dans un vase largement ouvert à l'accès de l'air; on filtre ensuite. La préparation est terminée; pour l'appliquer, on retourne convenablement les paupières, de façon à mettre bien au jour le cul-de-sac conjonctival; puis, à l'aide d'une éponge fine ou d'un pinceau, on fait des lotions sur toute la conjonctive pendant quatre ou cinq minutes, sans crainte d'érailler légèrement la surface et de la faire saigner. Le lendemain survient une inflammation intense, les paupières sont tuméfiées, douloureuses, pendant deux ou trois jours il peut même y avoir un mouvement fébrile; la conjonctive est recouverte d'une fausse membrane qui se reforme au fur et à mesure qu'on l'enlève. Peu à peu les symptômes aigus diminuent, mais ce n'est qu'après huit, dix et même quinze jours, que l'inflammation a disparu et que l'on peut apprécier l'effet produit. Parfois une seconde application est nécessaire.

Les chirurgiens de Boston (Annual Report of the Massachusetts charitable eye and ear infirmary, for the year 1883) racontent que, dans une série de huit cas, ils n'obtinrent qu'une inflammation des plus légères; plus tard, ils découvrirent que le pharmacien avait dans chacun de ces cas fait la préparation en vase clos. On peut juger par ce seul fait de l'importance du mode de préparation et des soins qu'on doit y apporter sous peine de n'obtenir que des effets incomplets ou nuls.

Il nous reste maintenant un dernier point à examiner : dans quelles affections doit-on employer le jéquirity? Jusqu'ici on l'a essayé principalement dans la conjonctivite granuleuse; de l'aveu de tous ses partisans, il réussit surtout dans les cas anciens avec pannus, dans ces cas invétérés où les malades sont presque aveugles et dans un état désespéré. Son action sur les granulations elles-mêmes n'est pas contestable; une inflammation jéquiritique intense peut les faire disparaître; mais c'est par-dessus tout un médicament cornéen, il procure dans le pannus crassus tous les avantages que l'on ne pouvait obtenir autrefois que par l'inoculation blennorrhagique, et cela sans exposer les malades aux dangers effroyables dont les menaçait cette dernière médication. Voilà un fait qui paraît désormais bien acquis.

L'emploi du jéquirity sera-t-il borné là? L'expérience, croyons-nous, n'a pas dit son dernier mot. M. de Wecker a essayé le jéquirity dans bon nombre d'affections chroniques de la cornée. Les ulcères, la kératite parenchymateuse, les scléroses de la cornée, sont paraît-il très bien influencés par lui. Sans vouloir trop préjuger de l'avenir, il est permis d'espérer que, pour la prochaine réunion de la Société française d'ophthalmologie, on aura posé de nouvelles indications, qui assureront définitivement à ce médicament une place au premier rang dans la thérapeutique oculaire.

Toupet.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. Traitement des maladies infectieuses par les injections intra-veineuses d'iode, par M. Van der Heynen (1). — II. Tentatives faites pour couper les fièvres infectieuses au moyen d'injections intra-veineuses de quinine, par M. Hoffmann (2). — III. Des injections de solution de Fowler dans le parenchyme de la rate chez des leucémiques, par M. Peiper (3). — IV. Des injections sous-cutanées de fer, par M. Glaewecke (4).

Dans ces derniers temps, on a fait de nombreuses tentatives de thérapeutique parasiticide, avec l'espoir de juguler les maladies infectieuses réputées parasitaires. D'une façon

(1) Wiener medic. Wochenschrift, 1884, nº 1.
(2) Archiv für experim. Pathologie und Pharmakologie, t. XVII, fasc. 5, p. 263.
(3) Deut. Archiv für klin. Medicin, t. XXXIV, fasc. 3, p. 352.
(4) Archiv für experim. Pathologie und Pharmakologie, t. XVII, fasc. 6, p. 466.

générale, les résultats obtenus n'ont pas été très encourageants. Administrés par les voies ordinaires, c'est-à-dire par la bouche, les substances médicamenteuses réputées parasiticides sont exposées à s'altérer dans le chemin qu'elles parcourent pour arriver jusqu'au sang et aux organes envahis par les germes infectieux. De plus, pour que le sang les renfermât en proportions suffisantes, de façon à réaliser un milieu impropre au développement des germes pathogènes, il fandrait que ces substances fussent administrées à doses telles que leur action toxique l'emporterait sur leurs effets thérapeutiques. C'est un point sur lequel MM. Jaccoud, Peter et Vulpian ont surtout insisté à l'Académie de médecine lors de la discussion sur le traitement de la fièvre typhoïde.

On a pensé qu'on atteindrait plus facilement le but, en portant les substances antiparasiticides au contact direct des germes dans les organes où siègent les déterminations locales les plus saillantes des maladies réputées parasitaires. C'est ainsi qu'on a eu recours aux injections parenchymateuses de solutions arsénicales dans le tissu splénique, chez les individus porteurs d'une grosse rate à la suite des atteintes de la malaria. C'est ainsi qu'après la découverte du bacille de Koch on a essayé, dans les hôpitaux de Berlin, de traiter les tuberculeux par des injections de liquides parasiticides poussées directement dans les poumons malades, par des inhalations de vapeurs médicamenteuses douées des mêmes propriétés. Si nos lecteurs veulent bien se reporter aux deux articles dans lesquels nous avons rendu compte de ces essais, il leur sera facile de se convaincre que la médication prétendue parasiticide n'a eu aucun effet utile chez les tuberculeux ainsi traités, qu'il n'en est résulté que des désagréments et des dangers.

Restait une dernière tentative, celle qui consiste à introduire les substances parasiticides directement dans le sang au moyen des injections intra-veineuses. Malgré les dangers de semblables injections, dangers sur lesquels M. Hayem insistait récemment dans une note adressée à la Société médicale des hôpitaux, la tentative a été faite de deux côtés différents.

M. Van der Heyden a fait part, à la Société des médecins de Batavia, des résultats obtenus dans le traitement de certaines maladies infectieuses au moyen des injections intraveineuses d'iode. Les injections étaient faites à l'aide d'une seringue de Pravaz; dans les essais faits sur l'homme (des Japonais), la solution iodée, composée de 7 parties d'eau distillée pour 1 partie d'iode et 2 parties d'iodure de sodium, était injectée dans la veine médiane du bras dont on facilitait la distension en comprimant le bras au-dessus du pli du conde; la quantité d'iode à incorporer est estimée à 15–20 milligrammes par kilogramme de poids corporel. Ces injections ont été parfaitement bien supportées; mais, à en juger par le compte rendu que nous avons sous les yeux, les résultats thérapeutiques n'ont pas été bien remarquables. Ceux qui ont été obtenus sur des buffles atteints d'une maladie épizootique paraissent être un peu plus concluants.

— M. Hoffmann (de Dorpat) a fait des injections intra-veineuses de chlorhydrate de quinine dans des cas de fièvre typhoïde, d'érysipèle, de pyhémie, de pneumonie, de phtisie pulmonaire. La solution employée pour ces injections était de l'alcool à 45° tenant en dissolution 1 grain de chlorhydrate de quinine par centimètre cube de véhicule. Les précautions les plus minutieuses sont nécessaires pour que ces injections soient inoffensives. Il faut dissoudre le sel de quinine dans une quantité convenable d'alcool absolu, étendre la solution avec de l'eau distillée soumise préalablement à l'ébullition, la clarifier sur un filtre lavé à l'eau bouillante et à l'alcool absolu, pratiquer l'injection avec un transfuseur maintenu en état de parfaite propreté et qui s'oppose à toute communication avec l'air extérieur, pratiquer l'injection dans une veine préalablement mise à nu, en s'entourant de toutes les précautions propres à réaliser une antisepsie parfaite. Tout cela, comme il est aisé de le comprendre, est très compliqué, exige des manipulations qui ne sont pas à la portée du premier praticien venu, et pour arriver à quel résultat? Qu'on en juge par les effets de la plus forte dose de quinine (2 gr.1) injectée par M. Hoffmann. Ce fut chez un malade atteint d'une fièvre typhoïde grave, au quinzième jour de la maladie. La température du malade était de 39°3 à onze heures du matin. Une demi-heure après, on injecta dans une veine une quantité de la solution de chlorhydrate de quinine équivalant à 2 gr.1 de ce sel. A midi quarante-cinq, le malade eut un frisson; la température s'était élevée à 41°,5; elle était descendue à 37°,5 à quatre heures et demie du soir : à 35°,9 à neuf heures du soir. Le lendemain matin, elle était de 37°, le soir, de 38°,6, et le surlendemain le mouvement fébrile avait regagné son intensité première.

Bien entendu que, dans aucun des cas où M. Hoffmann eut recours aux injections intra-veineuses de quinine, la maladie ne fut *coupée*. Cette médication téméraire n'eut jamais qu'un effet antipyrétique plus ou moins passager, résultat qu'on peut obtenir à moins de frais, sans exposer le malade à une phlébite, à une gangrène ou à quelque embolie. Ajoutons que deux des malades traités par M. Hoffmann ont eu des accidents spasmodiques, sans gravité d'ailleurs, à la suite d'une injection intra-veineuse.

— M. Peiper rapporte l'observation d'un malade affecté de leucémie avec engorgement énorme de la rate. Cet homme fut traité dans le service du professeur Mosler, de Greifswald, par les injections de liqueur de Fowler dans la rate (un centimètre cube de liqueur de Fowler par injection). On fit en tout, dans l'espace de huit semaines, dix injections, qui furent très bien supportées. Sous l'influence de ce traitement, la rate diminua sensiblement de volume. A ce propos, M. Peiper rappelle que Mosler, à qui revient l'initiative de l'emploi des injections de liqueur de Fowler dans le traitement des engorgements chroniques de la rate, a recommandé de ne recourir à ce procédé de traitement que dans les cas d'engorgement splénique dur, chez les sujets qui ne sont pas sous le coup d'une diathèse hémorrhagipare. En outre, pour assurer le succès de ces injections, il faut préalablement faire prendre au malade des médicaments internes susceptibles d'agir sur les éléments contractiles de la rate et faire suivre chaque injection d'une application de glace sur le siège de la piqûre, pendant plusieurs heures consécutives. C'est sans doute parce que ces précautions n'ont pas été observées, qu'un malade auquel on fit, dans le service du professeur Küssmaul (1), à Strasbourg, une injection d'acide sclérotinique dans la rate, succomba, selon toute apparence par suite de la pénétration du liquide dans les vaisseaux spléniques.

(1) Jaeger. *Ueber Functionen der Milz zu therapeutischen Zwecken insbesondere bei lienaler Leukaemie.* Inaugural Dissertation, Strasburg, 1880.

— M. Glaewecke a étudié sur des tapins la manière dont s'effectue la résorption de différents sels de fer, incorporés par la voie sous-cutanée. Des recherches de l'auteur, il résulte que de tous les sels de fer, le citrate est le plus promptement et le plus sûrement résorbé; le sulfate d'oxyde de fer ne passe dans le sang que lorsqu'on a préalablement ajouté à la solution de ce sel trois ou quatre fois son poids de citrate de soude; le peptonate de fer est difficilement résorbé; le sulfate ammoniacal de fer ne l'est pas du tout.

Chez les animaux auxquels l'auteur avait injecté une solution de citrate de fer sous la peau, l'élimination du métal se faisait en majeure partie par les reins, en moindree quantités par le foie. Le pancréas, l'estomac, les glandes intestinales et salivaires ne preunent aucune part à cette élimination. Dane les urines, le fer se montre déjà trente minntes aprés l'injection; vers la troisième et la quatrième heure, les urines ont maintes fois présenté une couleur de café ou une teinte d'un violet foncé, par suite de la forte proportion de fer qu'elles renfermaient. Le fer se retrouvait dans le parenchyme des reins et du foie et dans le sang, chez les animaux sacrifiés dans le cours de ces expériences. La proportion de fer contenu à l'état normal dans la rate et dans la moelle des os n'était pas augmentée à la suite de ces injections.

M. Glaewecke, après avoir acquis la preuve de l'innocuité de ces injections sous-cutanées de fer, en a fait l'objet d'expériences cliniques. Il y a plusieurs années déjà, Quincke (1) avait eu recours aux injections sous-cutanées de citrate de fer dans une douzaine de cas d'anémie pernicieuse. Ces essais, qui avaient donné des résultats très encourageants, ont été repris par M. Neuss (2), qui préconise pour ces injections souscutanées une solution mixte de pyrophosphate de fer et de citrate de soude. Dans le cours de ses recherches, M. Glaewecke a pu se convaincre que cette solution n'offre en réalité aucun avantage sur la solution de citrate de soude. Celle-ci doit être préparée au dixième. La dose de citrate de fer à injecter chaque fois est évaluée par M. Glaewecke à 0 gr. 1 chez un adulte; chez les enfants, on ne doit pas dépasser la dose de 0gr.05, sous peine de provoquer des manifestations toxiques. Celles-ci ont été notées chez trois malades, à savoir : chez un adulte en traitement pour une néphrite, auquel on avait injecté sous la peau, en une seule fois, 0gr.2 de citrate de fer; chez un enfant de dix ans qui relevait de la fièvre typhoïde (même dose); chez une jeune fille phthisique affectée d'une dégénerescence amyloïde des reins. Les manifestations toxiques ont consisté en malaise allant jusqu'aux vomissements, prostration consécutive. Le second malade eut, en outre, des diarrhées profuses. Ces accidents se sont dissipés spontanément et ne sauraient faire tort aux excellents résultats thérapeutiques que M. Glaewecke affirme avoir obtenus au moyen des injections sous-cutanées de fer. Dans deux cas surtout, au dire de l'auteur, le résultat a été remarquable : chez une jeune fille chlorotique, la proportion d'hémoglobine, qui n'était plus que de 38p.100 de la proportion normale, remonta à 82 p. 100 à la suite de 54 injections sous-cutanées de citrate de fer; les règles avaient reparu et le poids corporel avait augmenté de 16 livres. Chez un malade, en proie à une anémie grave consécutive à des gastrorrhagies répétées, avec anasarque, ascite, pouls fuyant, les injections de citrate de fer eurent pour résultat de stimuler la diurèse et le malade entra rapidement en convalescence. Par contre, dans deux cas de néphrite, les injections de citrate de fer employées dans le but de diminuer l'albuminurie ont complétement échoué.

Ces injections ne déterminent qu'une douleur supportable au siége de la piqûre, sans réaction inflammatoire, lorsqu'on se sert d'une solution fraîche, d'une limpidité parfaite, lorsqu'on a soin de désinfecter le petit trocart de la seringue avec de l'eau phéniquée, avant chaque injection, et de faire pénétrer le liquide dans les masses musculaires du dos ou des fesses.

Faisons remarquer, en terminant, que les recherches de Glaewecke corroborent celles de Kobert (1) publiées dans le même recueil. M. Kobert est de ceux qui pensent que les préparations martiales administrées par la bouche ne sont point résorbées et ont pour seul résultat utile de stimuler l'appétit et les fonctions digestives, en vertu de l'action caustique faible que ces préparations exercent sur la muqueuse gastro-intestinale. M. Kobert soutient que les sels de fer, aussi bien que les sels de manganèse, sont des toxiques violents, comme il résulte des expériences qu'il a faites et qui consistaient à injecter des sels de ces deux métaux directement dans les vaisseaux. C'est ce que les recherches de M. Glaewecke corroborent en ce qui concerne le fer.

E. Ricklin.

BIBLIOGRAPHIE

Les eaux minérales dans les affections chirurgicales, emploi et indications, par le docteur Eugène Rochard, médecin de première classe de la marine, avec une préface de M. Jules Rochard.

Cet ouvrage a un double mérite : le premier est de traiter d'un sujet neuf; le second est d'être conçu dans un excellent esprit d'analyse et de critique. Les services que les eaux minérales peuvent rendre dans les affections chirurgicales sont très dignes d'attention, cependant mal connus, et en conséquence peu utilisés. Ce n'est pas qu'ils ne se trouvent signalés dans un certain nombre de monographies et qu'ils aient été précisément oubliés dans les traités généraux. Mais ils sont habituellement relégués au second plan et ont été rarement le sujet de publications spéciales (2).

Il s'agit ici des suites de traumatismes (fractures et luxations), et des traumatismes par armes à feu. Certaines affections non traumatiques, celles des articulations en particulier, rentrent dans le même cadre.

Parmi les affections chirurgicales, il en est dont on ne parvient pas à obtenir la guérison; d'autres ont laissé après elles des lésions de tissu ou des impotences remédiables.

Pourquoi cela? Parce qu'il existait quelque état constitutionnel ou primitif, c'est-à-dire inhérent à l'individu, ou acquis, comme il arrive à la suite des campagnes de guerre, ou

(1) Quincke. *Weitere Beobatchungen ueber perniciœse Anemie.* Deut Archiv für klin. Medicin., t. XX, fasc. 1, p. 1, 1877.

(2) Neuss. *Ueber die Benützung von Eisenpraeparaten zu subentanen Eiseneinpritzungen.* Zeitschrift für klinsche Medicin, t. III, p. 1, 1881.

(1) Robert. *Zur Pharmakologie des Mangans und des Eisens.* Archiv. fr experimentelle Pathologie und Pharmakologie, t. XVI, fasc. 5 et 6, p. 361, 1883.

(2) Je signalerai à ce sujet l'excellent travail de M. Grimaud sur les *Maladies inflammatoires à Barèges*, dont il a été rendu compte récemment dans la Gazette médicale.

en raison de longs traitements chirurgicaux ou d'épuisement entraîné par les circonstances du traumatisme lui-même.

Pour la guérison des affections chirurgicales, en dehors des interventions opératoires, le concours de l'organisme est indispensable. Il faut que celui-ci possède en lui-même des éléments de réaction et de résolution suffisants. Si les ressources de la thérapeutique et de l'hygiène ont été impuissantes, les eaux minérales peuvent fournir alors une aide d'une grande efficacité. Par leurs actions altérantes, elles modifient les états constitutionnels; par leurs actions reconstituantes et résolutives, elles rendent au système l'énergie qui lui faisait défaut et opèrent les résolutions nécessaires.

Ces résultats, dont il ne faut ni exagérer ni méconnaître la portée, sont amplement exposés par M. Eugène Rochard. L'auteur n'a fait, il est vrai, que rassembler des documents recueillis par d'autres; mais le défaut d'observation personnelle est largement compensé ici par la liberté d'esprit et par la netteté avec laquelle il a pu procéder au choix et à la critique de ces documents. Bien qu'il se montre très au courant de la littérature hydrologique pour les différents sujets dont il avait à traiter, c'est surtout aux rapports des médecins militaires attachés aux hôpitaux thermaux consacrés aux services de l'armée qu'il s'est adressé, et c'est des renseignements fournis par eux qu'est sortie l'œuvre intéressante de M. E. Rochard (1).

Les eaux sulfurées et les chlorurées sodiques sont les seules dont il soit question. Ce sont en effet les seules, sauf dans des circonstances exceptionnelles qu'il était permis de négliger, qui soient usitées dans les affections chirurgicales. Les stations thermales militaires sont naturellement le sujet de prédilection de cette étude : Barèges d'abord, puis Amélie et Guagno (Corse) pour les sulfurées; Bourbonne et Bourbon-l'Archambault pour les chlorurées. Cependant l'auteur a encore jeté un coup d'œil sur d'autres stations d'une égale importance, telles que Luchon, Aix-en-Savoie, Balaruc, la Bourboule, Salins (du Jura) et les sources africaines de Hammam-Meskoutine, Hammam-Rira, etc.; de même il a étudié avec soin ce qui concerne non seulement la scrofule et la syphilis, qui tiennent une grande place dans l'évolution des maladies chirurgicales, mais encore les maladies de la peau et même les affections utérines.

Cet ouvrage a donc sa place marquée dans toute bibliothèque thermale, ainsi que dans toute bibliothèque chirurgicale. Il se présente d'ailleurs sous le haut patronage de M. Jules Rochard. Une préface, due à la plume si autorisée de l'éminent inspecteur général des services de santé de la marine, retrace un tableau très intéressant de l'histoire des eaux minérales, caractérise avec beaucoup de justesse la portée de la médication thermale et fait connaître la nature des documents qui ont permis au jeune auteur, qui porte si dignement son nom, d'écrire un livre d'une incontestable utilité.

MAX DURAND-FARDEL.

(1) Ces documents sont recueillis dans des conditions particulières de régularité et d'exactitude qui leur donnent un grand prix. Mais ils posséderaient certainement une plus grande valeur si le personnel des *médecins traitants* n'était trop fréquemment renouvelé près des établissements thermaux militaires. Les médecins en chef sont seuls maintenus avec quelque fixité. La pratique thermale ne s'improvise pas, comme on paraît le croire trop facilement. On épèle la première année, on ânonne la seconde, on commence à lire couramment la troisième; mais il reste encore beaucoup à apprendre.

REVUE DES THÈSES.

Dr A. VIVANT. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA PÉRITONITE RHUMATISMALE AIGUE. — Thèse Paris, 1884. Parent.

La péritonite rhumatismale est relativement très rare et partant peu connue. La thèse du docteur Vivant comble une lacune de la pathologie du rhumatisme. Fait avec un grand sens clinique, s'appuyant sur neuf observations dont une personnelle, le travail du docteur Vivant se termine par les conclusions suivantes :

La péritonite rhumatismale est de toutes les localisations du rhumatisme la moins fréquente, mais elle est moins rare qu'on ne le pense généralement.

Les femmes y sont particulièrement prédisposées.

La péritonite rhumatismale, au point de vue anatomo-pathologique, s'arrête souvent à la période de fluxion, mais elle peut se terminer par la production d'épanchements séreux et même purulents dans le péritoine.

Elle n'est pas toujours aussi bénigne que les auteurs l'estiment; les cas de mort sont assez fréquents.

Dr S. SCHMITT. — DE LA PHLÉBITE RHUMATISMALE — Thèse Paris, 1884. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

La phlébite rhumatismale proprement dite est rare, mais cependant incontestable, et ne peut être acceptée qu'avec une grande rigueur au double point de vue du rhumatisme et de la localisation veineuse, ainsi qu'il appert de la critique par laquelle débute la thèse du docteur Schmitt.

Les 17 observations que l'auteur a rassemblées (1 personnelle, obs. VI) lui servent ensuite à étudier la pathogénie et la pathologie de l'affection et à établir qu'il n'y a point phlébite vraie primitive la plupart du temps, mais thrombose due à l'hyperinose du sang. Cette thrombose s'observe le plus souvent aux membres inférieurs et surtout à gauche; elle se produit indifféremment à tout moment de l'accès, — et quoique d'ordinaire peu sévère, — peut donner lieu à des accidents terribles et parfois foudroyants d'embolie pulmonaire, ainsi que nous avons encore nous-même dernièrement l'occasion d'en voir un cas.

En résumé, la thèse du docteur Schmitt nous paraît avoir tiré au clair une question encore obscure et, comme telle, se recommande tout particulièrement à la lecture.

Dr A. MARTINET. — DE L'ANGINE DE POITRINE RHUMATISMALE. — Thèse Paris, 1884. A. Delahaye et Lecrosnier.

C'est encore le rhumatisme qui a fourni au docteur Martinet le sujet de sa thèse.

L'auteur y développe la théorie du professeur Peter et considère l'angine de poitrine rhumatismale comme causée par l'hyperémie du plexus cardiaque.

Il déduit de cette ingénieuse théorie des indications précieuses pour le traitement.

Six observations dont une personnelle lui servent à étayer son travail.

PAUL BERTHOD.

FORMULAIRE

MIXTURE AU THYMOL POUR L'USAGE INTERNE. (LEWIN).

Rec. Thymol	0,10	centigrammes.
Eau distillée	120	grammes.
Eau de fleurs d'orangers.	40	—

M. s. a. — A prendre par cuillerées à bouche dans le courant de la journée.

LINIMENT AU THYMOL POUR L'USAGE EXTERNE.

(LEWIN).

Thymol	2	grammes.
Glycérine	32	—
Alcool	32	—
Eau distillée	600	—

M. s. a. — L'emploi de ce liniment a donné de bons résultats dans le traitement du pityriasis.

E. R.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE.

DE L'ANÉMIE DES ENFANTS ET DE SON TRAITEMENT PAR LES FERRUGINEUX ET L'EAU D'OREZZA. — En dehors des maladies organiques de l'enfance, il y a les dyscrasies et les diathèses qui sont surtout caractérisées par une altération du saog et des humeurs. Avec ces dispositions morbifiques, l'enfant peut vivre de la vie commune, mais il reste faible, pâle, languissant, plus ou moins étiolé, sans appétit et facile à fatiguer. Cet état constitue ce que l'on appelle d'une manière générale l'anémie, ce qui comprend à la fois la chloro-anémie et la chlorose. Il est tantôt *primitif*, constitutionnel, héréditaire même, ou dû à l'influence de la *malaria* des villes et de l'agglomération dans les centres populeux dont l'air est vicié par les miasmes et les poussières, et tantôt il est *secondaire*. Alors il résulte des affections chroniques des voies digestives, du poumon ou du système glandulaire des parésies de l'intestin, de l'intoxication plombique, et c'est une anémie toute différente de la première que l'on ne peut combattre par les mêmes moyens.

Il y a dans l'uoe et dans l'autre une déperdition du fer normalement contenu dans les hématies oo globules rouges du fluide sanguin; une diminution dans le nombre de ces hématies qui peut tomber à un quart ou un tiers au-dessous de la normale, mais dans l'anémie secondaire symptomatique il est difficile de remédier à cette déperditioo ferrugineuse. C'est dans l'anémie ordinaire primitive, dans les anémies de la convalescence, dans les anémies dyspeptiques et dans la chlorose vraie que les préparations ferrugineuses trouvent en théorie et en pratique la raison de leur emploi.

Mais toutes les préparatioos ferrugineuses ne sont pas également bien supportées et assimilées par les enfaots et les malades. Il y a des enfants que ces préparations relâchent ou constipent et dans ce cas la médication reste sans effet ou devient nuisible. On en conclut à tort que le fer n'est pas supporté, mais cela n'est pas exact. Tout dépend en effet de la préparation employée, et tel malade qui ne tolère pas une préparation se trouve très bien de l'emploi d'une autre. Les enfants ne supportent bien aucune des pilules ferrugineuses qui, lorsqu'elles sont vieilles, ne se désagrègent pas dans l'intestin, et ils acceptent bien les préparations solubles, telles que les sirops ou certaines eaux minérales ferrugineuses.

Parmi ces dernières dont le nombre est considérable, le type le plus parfait est sans contredit celle d'Orezza. Sa composition est très connue par l'analyse quantitative qu'en a faite Poggiale, et il nous suffit de savoir qu'elle renferme 10 à 15 centigrammes de carbonate de protoxyde de fer en dissolution, qu'elle renferme des traces de manganèse et d'arsenic, enfin qu'elle est un peu alcaline, ce qui est de la plus haute importance pour son assimilation. Par l'acide carbonique qui s'y trouve, la digestion de ces eaux devient plus aisée, facilite la dissolution du fer dans nos liquides, le rend mieux assimilable et augmente l'éteodue de son actioo. La présence de ce gaz a cet autre avantage d'enlever à l'eau cette saveur alcaline martiale et peu agréable qu'elle aurait sans lui. Pour la faire prendre plus agréablement, j'y fais ajouter une cuillerée à café de sirop d'écorces d'oranges amères ou une cuillerée de vin muscat, et enfin il est bon de la faire boire aux repas avec le vin comme eau de table.

Comme complément de l'usage de ces eaux, on doit prescrire la gymnastique, l'hydrothérapie, une douche très courte chaque jour et le vin de quinquina un petit verre en terminant le repas.

Dr E. BOUCHUT.

NOTES & INFORMATIONS

A l'occasion de son troisième centenaire, qui sera célébré le 17 avril prochain, l'Université d'Edimbourg a décidé de décerner des titres honorifiques à quelques-uns des savants les plus illustres de tous les pays. Pour la France, son choix s'est porté sur M. Charcot et sur M. Chevreul, qui ont été invités à se rendre au festival du 17 avril, à Edimbourg, pour recevoir le titre honorifique de « *Doctor of Laws* ».

— A la suite de l'extirpation d'un fibro-sarcome qui avait envahi le biceps d'une femme âgée de 36 ans, Helferich a rempli le vide laissé par l'opération avec nn morceau de muscle enlevé à l'instant même à un chien. Il a fixé cette greffe musculaire en bas à l'aide de six points de suture et en haut à l'aide de trente points de suture au catgut. Les pansements consécutifs ont été pratiqués conformément à la méthode antiseptique. L'opérée peut aujourd'hui fléchir et étendre le bras. L'exploration électrique, d'après Ziemssen, ne décèle aucune anomalie, et le muscle transplanté paraît avoir conservé toutes ses propriétés physiologiques.

— Ceci pourrait s'intituler : *les Méfaits d'un perroquet*. Pour raconter dignement l'histoire de ce redoutable Vert-Vert, il faudrait la plume d'un nouveau Gresset, mais d'un Gresset tragique. Il y a un an, uoe famille d'Ober-Balm (canton de Berne) s'éteignait, tous ses membres succombant à une *affection de poitrine contagieuse*, dont l'origine a été attribuée à un perroquet malade. Des parents de cette famille disparue, qui demeuraient à Frauenfeld (c'est-à-dire à environ 150 kilomètres d'Ober-Balm), héritèrent entre autres choses du perroquet. En peu de mois, quatre membres de cette famille sont tombés gravement malades; et enfin le perroquet lui-même est mort. Le cadavre du volatile a été immédiatement expédié au Musée d'histoire naturelle de Berne, afin qu'on pût y rechercher la cause de la contagion. Le docteur Grimm, *assistant* du Musée, a ouvert le cadavre et préparé le squelette, et voici qu'en peu de jours il est tombé lui-même malade d'une grave *maladie de poitrine*. Toutes les *autorités médicales* vont s'empresser d'aller étudier *de visu* ce cas à la fois étrange et terrible (RACOGLITORE MEDICO).

— Le docteur Surmay (de Ham) vient de consacrer (dans l'UNION MÉDICALE) deux articles à l'étude d'un sujet qui intéresse au plus haut degré notre profession médicale : il s'agit de créer, parmi les médecins, un Conseil plus ou moins analogue au Conseil de l'ordre des avocats. Bonne chance à M. Surmay.

R. F. D.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons la mort de M. le docteur Chambol, décédé à Saiot-Genest-Malifaux (Loire) à l'âge de 32 ans.

— L'UNION MÉDICALE D'ORIENT annonce la mort de M. le docteur Ferro, chirurgien distingué des hôpitaux militaires de Constantinople.

— Le docteur Isidore Putzeys, uo des praticiens les plus distingués de Liége, vient de mourir à l'âge de 69 ans.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Cours de pathologie interne.* — M. le professeur Damaschino commencera le cours de pathologie interne le samedi 22 mars 1884, à trois heures de l'après-midi

(grand amphithéâtre) et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Cours de pathologie et thérapeutique générales. — M. le professeur Bouchard commencera le cours de pathologie et thérapeutique générales le samedi 22 mars 1884, à cinq heures de l'après-midi (petit amphithéâtre) et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Clinique médicale (Hôtel-Dieu). — M. le professeur G. Sée commencera le cours de clinique médicale le lundi 17 mars 1884, à neuf heures du matin (Hôtel-Dieu) et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure. Lundi : leçon de thérapeutique ; mercredi et vendredi : conférences cliniques au lit du malade.

Cours de pathologie expérimentale et comparée. — M. Hallopean, agrégé, suppléant M. Vulpian, commencera le cours de pathologie expérimentale et comparée le samedi 22 mars 1884, à deux heures de l'après-midi (grand amphithéâtre) et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Cours auxiliaire de pathologie interne. — M. Troisier, agrégé, commencera le cours auxiliaire de pathologie interne le vendredi 21 mars 1884, à cinq heures de l'après-midi (petit amphithéâtre) et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

— Pendant toute la durée du semestre d'été, les leçons de M. le professeur Pajot à la clinique d'accouchements se feront au lit des malades tous les jeudis, à huit heures et demie du matin. Les mardis et les samedis, à l'amphithéâtre : manœuvres opératoires et interrogations sur la thérapeutique obstétricale pour les élèves inscrits. Les autres jours étude de la grossesse, toucher.

Cours de thérapeutique et matière médicale — M. Hayem ne commencera son cours que le mardi 25 mars, à cinq heures (grand amphithéâtre).

— La Faculté de médecine de Paris vient de publier les conditions d'admission au concours pour les prix à décerner pour la présente année scolaire avec la liste desdits prix :

Prix Corvisart. — Tous les élèves de la Faculté sont appelés à concourir aux prix d'encouragement fondés par M. le professeur Corvisart. Les élèves qui désireront concourir pour ces prix devront, au commencement de chaque année, se faire inscrire à cet effet dans l'une des cliniques internes. Le professeur désignera un ou plusieurs numéros de lits et l'élève devra recueillir les observations de tous les malades qui y sont successivement admis. Une question de médecine pratique sera, au commencement de chaque année, proposée par les professeurs aux élèves des cliniques internes ; les élèves devront en chercher la solution exclusivement dans des faits qui se passeront sous leurs yeux dans les salles de la clinique. Avant le 1er juillet de chaque année, chacun des concurrents remettra au secrétaire de la Faculté : 1o les observations recueillies aux numéros des lits qui lui ont été désignés ; 2o la réponse à la question proposée. Un jury, dont les professeurs de clinique feront nécessairement partie, sera chargé de présenter un rapport sur ces travaux et de soumettre à la sanction de la Faculté les noms des concurrents qu'il jugera dignes d'obtenir des médailles. Le résultat du concours sera immédiatement transmis au ministre de l'instruction publique.

Les prix consisteront en médailles de vermeil, accompagnées d'une somme réglée comme il suit : lorsqu'il y aura un seul lauréat, l'étudiant recevra une médaille de vermeil et une somme de 400 francs ; lorsqu'il y aura deux lauréats, chacun des étudiants recevra une médaille de vermeil et une somme de 200 francs. La question proposée est : *De l'ictère.* — Les mémoires seront reçus au secrétariat jusqu'au 30 novembre 1884.

Prix Montyon. — Le prix Montyon, qui consiste en une somme de 700 francs payable en espèces, est accordé à l'auteur du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, sur les caractères et les symptômes de ces maladies et sur les moyens de les guérir. Ce prix peut être partagé entre deux candidats. Les mémoires des candidats doivent être déposés an secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet, sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

Prix Barbier. — D'après les dispositions de M. le baron Barbier, la Faculté de médecine décerne tous les ans un prix de 2,000 francs à la personne qui a inventé une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieure à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment. Les travaux et les objets présentés doivent être déposés au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet.

Prix Châteauvillard. — Ce prix, dû aux libéralités de Mme la comtesse de Châteauvillard, née Sabatier, et de la valeur de 2.000 francs, est décerné chaque année, par la Faculté de médecine, au meilleur travail sur les sciences médicales imprimé du 1er janvier au 31 décembre de l'année précédente. Les ouvrages destinés à ce concours devront être écrits en français (les thèses et dissertations inaugurales sont admises au concours). Ils sont reçus au secrétariat de la Faculté du 1er au 31 janvier de l'année qui suit leur publication.

Legs du baron de Trémont. — M. Joseph-Girod de Viennez, baron de Trémont, ancien préfet, a légué à la Faculté de médecine de Paris, par un testament en date du 5 mai 1847, une somme annuelle de 1,000 francs en faveur d'un étudiant distingué et sans fortune. Par décret du 8 septembre 1858, M. le doyen a été autorisé à accepter ce legs au nom de la Faculté. Les candidats doivent se faire inscrire avant le 1er juillet de chaque année au secrétariat de la Faculté. Ils devront produire : 1o une demande ; 2o toutes les pièces de nature à faire connaître leur situation de fortune et celle de leur famille.

Prix Lacaze. — Aux termes du testament de M. le docteur Lacaze, un prix d'une valeur de 10,000 francs est accordé, tous les deux ans, au meilleur ouvrage sur la phthisie et sur la fièvre typhoïde, et ainsi de suite alternativement et à perpétuité. Les mémoires des concurrents doivent être remis au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet. En 1884, il y aura lieu de décerner le prix biennal (1883-1884) sur la phthisie.

Legs Barkow. — Mme de Barkow, née Guibert, par un testament en date du 2 juillet 1828, a fait à l'Université un legs universel pour être employé à aider des jeunes gens à faire de bonnes études et à s'ouvrir par ce moyen une carrière honorable. Le revenu annuel est de 3,000 francs ; il est affecté à l'entretien de bourses dans les établissements d'enseignement supérieur à Paris. Pour participer à ce legs, les candidats devront en faire la demande avant le 1er juillet. Cette demande doit être accompagnée de toutes les pièces de nature à éclairer la Faculté sur leur situation de fortune et de celle de leur famille.

Thèses récompensées. — La Faculté, après avoir examiné les thèses soutenues devant elle dans le courant de l'année scolaire, désigne à M. le ministre celles qui paraissent dignes d'une récompense (médaille d'argent, médaille de bronze, mention honorable). Sont admises au concours les thèses ayant obtenu les notes *extrêmement satisfait et très satisfait.*

Faculté de médecine de Nancy. — M. le docteur Lambling, ancien préparateur, est nommé chef des travaux de chimie à ladite Faculté, en remplacement de M. Garnier, dont le temps d'exercice est expiré.

Hôpitaux de Bordeaux. — Un concours pour une place de chirurgien-adjoint des hôpitaux et hospices s'ouvrira le mardi 3 juin 1884.

Assistance publique de Toulouse. — M. Dupan, chirurgien-adjoint des hôpitaux de Toulouse, vient d'être nommé chirurgien en chef de l'hospice de La Grave.

Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle, en date du 11 mars 1884, un concours pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire s'ouvrira à Alger, Amiens, Arras, Besançon, Bordeaux, Caen, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lille, Limoges, Lyon, Montpellier, Nancy, Nantes, Paris, Poitiers, Reims, Rennes, Rouen, Toulouse, Tours, le 11 août 1884 pour l'épreuve écrite.

Les épreuves orales auront lieu : à Paris, le 5 septembre ; à Nancy, le 11 septembre ; à Lyon, le 15 septembre ; à Bordeaux, le 19 septembre.

Décès notifiés au bureau municipal de statistique de la ville de Paris du vendredi 7 au jeudi 13 mars 1884

Fièvre typhoïde 38. — Variole 1. — Rougeole 35. — Scarlatine 5. — Coqueluche 7. — Dipthérie, croup 69 — Dysentérie 0. — Erysipèle 1. — Infections puerpérales 7. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 71. — Phthisie pulmonaire 243. — Autres tuberculoses 22. — Autres affections générales 56 — Malformation et débilité des âges extrêmes 59. — Bronchite aiguë 39 — Pneumonie 92. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 35, — au sein et mixte 27. — Inconnu 6. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 99. — de l'appareil circulatoire 85. — de l'appareil respiratoire 79. — de l'appareil digestif 43 — de l'appareil génito-urinaire 25. — de la peau et du tissu lamineux 4. — des os, articulations et muscles 7. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 33. — Causes non classées 5. — Total de la semaine : 1193 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur A. Dechambre, avec la collaboration d'un très grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires et de la marine. — La deuxième partie du tome XXIX de la première série, la deuxième partie du tome XIX de la deuxième série, la première partie du tome XIII de la troisième série, viennent de paraître aux librairies Asselin et Cie et G. Masson. — Elles contiennent les articles suivants : Diphtérie, par M. Sanné. — Oxygène, par M. Labbée. — Palais, par MM. Gayraud et Aubry. — Sueur, par M. Du Cazol. — Suicide, par M. Ritti.

Bibliothèque diabolique. — Vient de paraître le deuxième volume : Procès-verbal fait pour délivrer une fille possédée par le malin esprit à Louviers (1591), publié d'après le manuscrit de la Bibliothèque nationale, par A. Benet, précédé d'une introduction par B. de Moray, un beau volume in-8, papier vélin, de 220 pages. — Prix : 3 fr. 50 ; n_o 1 à 350, papier parchemin, 4 fr. 50 ; n_o 351 à 500, papier Japon, 6 fr. — Paris, librairie du Progrès médical, 14, rue des Carmes.

Wilhem Hack. — Migræne, Asthma, Heufieber, und eine operative Radikalbehandlung gewisser Formen derselben. — Wiesbaden, J.-F. Bergmann. — Prix : 2 M. 70.

Otto Becker. — Zur Anatomie der gesunden und kranken Linse ; unter Mitwirkung von Dr da Gama Pinto und Dr H. Schæfer. 220 pages, 14 tables. — Wiesbaden, J.-F. Bergmann. — Prix : 36 M.

Ebstein. — Die Harnsteine, ihre Natur und Behandlung. Mit Farbentafeln. n-8, Wiesbaden, J.-F. Bergmann. — Prix : 20 M.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart, Paris.



55e année. 7e série. Tome Ier. N° 13 29 MARS 1884

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**
Membres : MM. les Drs **J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN;**
Secrétaire : M. le Dr **E. RICKLIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

CLINIQUE MÉDICALE

DU RÉTRÉCISSEMENT MITRAL PUR (MALADIE DE DUROZIEZ), service de M. le professeur Hardy, leçon recueillie à l'hôpital de la Charité par M. DÉRIGNAC, chef de clinique de la Faculté.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

L'affection qui nous occupe et que je dénommerai volontiers *maladie de Duroziez*, du nom de l'auteur qui l'a le premier bien décrite et consciencieusement étudiée, cette affection, dis-je, offre dans ses débuts, comme je vous le faisais pressentir en vous parlant de l'âge auquel elle se manifeste, une marche insidieuse ; elle ne s'accuse que par des symptômes en apparence insignifiants, mais qui acquièrent une grande valeur près du médecin prévenu. Je vous demande la permission d'insister : c'est en général par de l'anhélation au moindre effort ou à la suite d'une course que s'accuse le début de la maladie ; aussi je ne saurais trop vous engager à surveiller attentivement, au point de vue du cœur, les enfants qui ne peuvent ni courir ni sauter sans être essoufflés ; souvent l'examen du cœur fait reconnaître chez eux un rétrécissement mitral des plus nets. Dans bien des cas, l'anhélation, les palpitations, constituent les seuls symptômes ; mais bien souvent aussi on les voit s'associer à des *épistaxis* de fréquence et d'abondance variables ; souvent aussi on observerve des *lypothymies*, des *syncopes* dont la véritable origine est trop souvent méconnne.

Chez la femme, des *troubles menstruels* font assez souvent partie du cortège des premiers symptômes ; la menstruation est irrégulière comme époque, comme abondance on comme durée ; il est de ces femmes chez lesquelles les règles apparaissent à deux on trois reprises chaque mois; il en est chez lesqnelles les pertes prennent des proportions inquiétantes soit comme quantité, soit comme durée. Chez qnelques malades de cette catégorie, les grossesses abontissent quelquefois à leur terme normal et se terminent favorablement, mais bien plus souvent on observe la persistance des règles dans les premiers mois de la grossesse ; sonvent aussi il survient des métrorrhagies abondantes au moment des couches et dans bien des cas la grossesse n'abontit point an neuvième mois ; elle se termine par un avortement naturel ou provoqué par une cause insignifiante. Plus heureuses à ce point de vue sont les femmes (et elles sont fréqnentes) chez lesquelles on observe la stérilité.

Les épistaxis, les pertes utérines excessives sont en général les seules hémorrhagies qu'on observe ; cependant on peut voir aussi survenir l'hémoptysie, on peut observer des hémorrhoïdes, et, particularité singulière, on voit souvent des hémorrhagies nasales ou pulmonaires cesser lorsque apparaissent les règles à l'époque de la puberté.

Les symptômes qui précèdent sont déjà suffisants pour attirer l'attention du côté du cœur; mais c'est à l'examen physique de l'appareil cardio-vasculaire qu'il faut recourir pour arriver à un diagnostic précis.

FEUILLETON

FEUILLES VOLANTES

Février-Mars.

Logomachie pathologique. — L'Académie de médecine protectrice de la langue médicale. — Abus des maladies mentales. — Chromidrose et scepticieme. — La foi au microscope. — Davaine loué par M. Laboulbène et apprécié par Andral.

Un penseur, je ne saurais plus dire lequel, a prétendu qu'une science était constituée lorsqu'elle possédait une langue bien faite. A ce point de vue, la médecine ne serait pas encore arrivée à l'état de science. Elle doit même être loin du port, car la logomachie nous envahit. Tel qui ne trouvera pas le mot *circoncision* à son goût viendra soutenir une thèse sur l'*orlotomie*, accouplant ainsi un mot hébreu qui veut dire *prépuce* au mot grec signifiant *couper*. *Verba portentosè copulata*. C'est que l'on croit avoir inventé quelque chose lorsque l'on a forgé bien ou mal un mot nouveau Mais ce n'est pas faire de la science que de substituer à une expression connue de presque tout le monde un terme barbare que l'on suppose être d'autant plus scientifique qu'il sera moins facilement compris.

Ces jours derniers, l'existence de la fièvre éruptive que les Allemands appellent *rœtheln* étant revenue en question, nos médecins français proposent de lui donner le nom de *rubéole* à l'exclusion de celui de roséole. Mais cependant, en parlant de l'éruption de la rougeole, on a toujours dit l'exanthème rubéolique, comme on dit le catarrhe rubéolique. En parlant de l'éruption de la rubéole, vous ne sauriez dire autrement et vous aurez dès lors une série de termes amphibologiques, et d'autant plus amphibologiques qu'il s'agit de deux maladies plus voisines et jusqu'ici souvent confondues.

La pollakiurie, l'allochirie, et tant d'autres désignations qui semblent être des maladies et ne sont que des symptômes, viennent augmenter cette cacologie. On en arrivera bientôt à faire un appel désespéré à l'Académie de médecine pour la prier de remplir à l'égard des termes médicaux le même rôle que l'Académie française à l'égard des termes usuels de la langue française, et l'on fera

Le *pouls*, la plupart du temps régulier, semble assez développé et peut garder son dicrotisme normal ; mais, dans bien des cas, il est petit ; il semble que chaque contraction ventriculaire rejette dans le système artériel périphérique une quantité de sang insignifiante, et dans ces conditions le dicrotisme normal peut avoir disparu ; le pouls accuse au sphygmographe tous les caractères que j'ai décrits à propos de notre malade ; je crois inutile d'y revenir.

A *l'inspection* de la *région précordiale*, il semble que le cœur bonge à peine; le choc systolique normal contre la paroi thoracique est presque imperceptible, et quelquefois la pointe paraît un peu remontée.

La *percussion* démontre, dans l'immense majorité des cas, que l'organe a conservé ses limites normales ; si la matité précordiale augmente, dit Duroziez, on doit craindre que le rétrécissement mitral ne cesse d'être pur et qu'il ne survienne une complication.

La palpation de la région précordiale fait quelquefois reconnaître l'existence d'un frémissement vibratoire plus ou moins marqué ; je vous ai dit qu'on le constatait chez notre malade.

C'est *l'auscultation* surtout, messieurs, qui vous révélera des signes sur la valeur desquels vous pourrez absolument compter pour asseoir sur des bases certaines votre diagnostic ; je vais les énumérer minutieusement ; mais avant je tiens à entrer dans quelques détails d'anatomie ; vous comprendrez mieux ensuite la physiologie pathologique des bruits morbides sur lesquels j'ai à insister.

Lorsque le rétrécissement mitral est constitué, qu'il ait été produit par une endocardite ou par des coagulations fibrineuses s'enchevêtrant à la façon d'un écheveau de fil dans l'interstice et dans l'épaisseur des piliers, il se développe une altération secondaire; les cordages qui sous-tendent les valvules de l'orifice mitral déjà rétréci par les lésions que je viens de signaler finissent à la longue par devenir eux aussi, sous l'influence de ces mêmes altérations, le siége de rétractions fibreuses qui tirent sur les valves mitrales, les allongent et transforment finalement l'orifice en un véritable canal disposé en entonnoir, à grande ouverture du côté de l'anneau mitral, et à ouverture étroite plongeant du côté du ventricule.

Les lésions ainsi constituées, le ventricule gauche diminue de capacité à la longue, car il reçoit à chaque systole auriculaire une quantité de sang moins grande qu'à l'état normal; l'aorte diminue proportionnellement de calibre et pour les mêmes raisons; l'oreillette gauche, au contraire, ayant à lutter sans cesse, s'hypertrophie et se dilate, car, pour peu qu'elle ne soit point parvenue à faire pénétrer dans le ventricule tout le sang contenu dans sa cavité, elle devra emmagasiner pour la systole suivante cette même quantité de sang, plus celle qui lui est apportée par les veines qui amènent le sang des poumons.

Cette hypertrophie et cette dilatation de l'oreillette, difficiles à apprécier dans quelques cas, sont, au contraire, quelquefois d'un diagnostic assez facile, comme chez notre malade. La diminution de volume du ventricule gauche est toujours assez évidente et elle contraste étrangement avec la dilatation que l'on rencontre lorsque l'orifice mitral est insuffisant.

Lorsque le sang, messieurs, est parvenu dans l'oreillette, celle-ci se contracte pour le faire pénétrer dans le ventricule, mais elle ne peut le faire la plupart du temps qu'en produisant un bruit morbide, car l'orifice mitral est rétréci et ce bruit morbide est double bien souvent. En effet, la contraction de l'oreillette n'a lieu tout d'abord qu'avec lenteur, car elle a à lutter contre le rétrécissement et contre une masse sanguine plus considérable qu'à l'état normal; aussi le bruit du souffle, signe de rétrécissement, est-il d'abord semblable à un roulement; il est nettement diastolique, puisqu'il marque le début de la contraction auriculaire, et il peut être caractérisé par la syllabe *roû*.

Lorsqu'elle a déjà fait pénétrer dans le ventricule une certaine quantité de sang, lorsque la masse de liquide contre laquelle elle a à lutter est devenue moins considérable, l'oreillette retrouve toute son énergie pour la pousser devant elle, et le bruit morbide qui apparaît à ce moment acquiert une énergie plus grande que le précédent ; il prend les caractères du grondement, du râpement ou du souffle ; il peut être représenté dans l'immense majorité des cas par la syllabe : *foutt*, et il est nettement présystolique.

Roulement diastolique, bruit présystolique, voici donc déjà deux signes que révèle l'auscultation ; mais ce ne sont point les seuls. J'ai à vous signaler encore l'exagération du claquement systolique normal et à insister sur les dédoublements possibles du premier et du second claquement.

Je vous ai dit, dans notre aperçu anatomique, que le ventricule gauche était revenu sur lui-même et que les valves de la

---

bien. Ainsi sera justifiée plus que jamais l'existence du cénacle de la rue des Saints-Pères.

∴

Mais on aurait autre chose de mieux à demander au Sénat de notre corporation. Ne devrait-il pas aussi exercer une sorte de police sur les créations, non plus de mots nouveaux, mais de prétendues maladies nouvelles ?

Qu'est-ce que la *morphinomanie*, ou, comme l'appellent presque tous les novateurs, la *morphiomanie*, sinon le résultat d'un traitement, par conséquent moins qu'un symptôme, quoiqu'il aboutisse en fin de compte à un empoisonnement chronique? Et cependant il semblerait, à ne considérer que la conformation du mot, qu'il est question d'une maladie spéciale. Et l'agoraphobie, et la claustrophobie, et la bélonophobie (1) et la folie du doute, avec les nombreuses variétés qu'on se plaît à y trouver, folie des métaphysiciens, des compteurs (arythmnomanie), des nommeurs (onomatomanie).

M. X..., un de nos professeurs les plus sérieux, s'occupant de cette folie du doute, ne cherche qu'à « établir quelques catégories sans abuser des subdivisions ». Il n'en arrive pas moins à distinguer cinq classes dans les nouveaux groupes des individus en proie à la folie du doute : les métaphysiques, les réalistes, les scrupuleux, les timorés, les compteurs.

∴

Voici que la folie des antivivisectionnistes apparaît à son tour. Que l'on puisse citer au nombre des symptômes de certaines formes de folie la crainte exagérée de voir souffrir les animaux, cela serait permis. Mais, en pleine Société de biologie, faire une communication sous ce titre à sensation : « La folie des antivivisectionnistes », cela serait par trop exagéré, si l'on n'avait des raisons particulières par devers soi. On raconte que Michel-Ange, faisant son tableau du *Jugement dernier*, plaça dans le groupe des damnés tous les cardinaux dont il avait à se plaindre. Notre distingué médecin de Sainte-Anne avait peut-être à tirer vengeance de quelque antivivisectionniste. C'est alors de la bonne guerre. Mais il

(1) Ce mot s'applique à tous ceux qui redoutent par trop d'être piqués par des aiguilles ou des épingles; ceux-là sont des bélonophobes. O Molière!

mitrale étaient rigides, rugueuses; je vous ai montré encore que le ventricule gauche recevait à chaque systole auriculaire une quantité de sang inférieure à la normale. Grâce à cette dernière condition, le ventricule se vide rapidement à chaque systole. Le premier claquement normal est dédoublé, car la valvulve mitrale se ferme avant la valvule tricuspide; en tout cas, s'il ne l'est point, on constate une exagération du premier bruit normal, qui est bref, car la contraction ventriculaire est brève; qui est rude, car il est produit par le jeu des valvules indurées et qui est de plus énergique, car le ventricule se contracte avec force, puisqu'il a à surmonter un obstacle dont il triomphe facilement.

Je crois que Bouilland exagérait quelque peu lorsqu'il faisait d'un signe dont il me reste à vous parler, du dédoublement du deuxième claquement, un signe pathognomonique de rétrécissement mitral; j'ai la conviction que ce bruit morbide est fréquent, mais j'hésiterais pour ma part à baser sur son existence seule le diagnostic de rétrécissement mitral; il a pour cause, vous le comprenez facilement, les changements de pression survenus dans le système artériel. L'aorte reçoit moins de sang qu'à l'état physiologique, ses valvules qui, chez l'individu sain, s'abaissent en même temps que les sygmoïdes pulmonaires pour produire un bruit unique, claquent au contraire isolément, et ce défaut d'isochronisme amène le dédoublement du second bruit cardiaque.

Constitué et caractérisé par tous les signes sur lesquels je viens d'insister, on par quelques-uns d'entre eux seulement, le rétrécissement mitral peut rester pur pendant de longues années; et somme toute, la lésion est peu susceptible de compromettre la vie. Elle peut même disparaître, surtout chez les individus jeunes, et la guérison s'opère alors par distension progressive de l'orifice; on conçoit aussi que l'amélioration puisse survenir par la résorption de produits fibrineux qui encombraient l'orifice ou par rupture d'une végétation qui mettait obstacle au passage du sang. Malheureusement il n'en est point habituellement ainsi. L'oreillette gauche peut devenir insuffisante, et l'on observe alors des phénomènes de stase en arrière de l'obstacle; vous savez les dangers de ceux-ci, je n'ai pas à y insister. Le rétrécissement peut se compliquer d'insuffisance. Des caillots formés par stagnation du sang dans l'oreillette peuvent, sans cause appréciable ou sous l'influence d'un changement de pression, se détacher et donner lieu à des embolies de l'artère coronaire souvent mortelles; ils peuvent aussi être poussés jusqu'au cerveau et devenir la cause de troubles variés : hémiplégie droite le plus souvent et aphasie; M. Duroziez en a observé plusieurs exemples; il va même jusqu'à soupçonner le rétrécissement mitral par le seul fait d'une embolie cérébrale chez un jeune sujet et particulièrement chez une jeune femme.

Dans l'appréciation pronostique, vous devrez encore tenir compte des troubles menstruels et gravidiques. Je vous en ai déjà parlé à propos des symptômes; je vous ai signalé aussi les hémorrhagies, les syncopes; je n'y reviens pas. J'ai tenu simplement à vous les rappeler ici.

J'ai peu de chose à vous dire du traitement, car il ne présente guère d'indications spéciales; il est le même que celui des autres maladies du cœur. Lorsque le myocarde faiblit, si les palpitations deviennent inquiétantes, vous devez recourir à la digitale, à l'aconit dans quelques cas, mais ce ne sont là que des moyens provisoires. C'est à l'hygiène surtout que vous devrez vous adresser. C'est par elle que vous pourrez éloigner les accidents ultimes sur lesquels je viens d'insister; vous conseillerez aux malades une vie calme, l'absence de veilles, de fatigues habituelles, la cessation des professions trop pénibles; enfin vous vous trouverez bien quelquefois de l'administration des toniques généraux, et particulièrement des préparations de fer et de quinquina.

CLINIQUE DES MALADIES SYPHILITIQUES

(HOPITAL DE LOURCINE)

Note sur le traitement de la syphilis par le thallium, par MM. S. Pozzi, chirurgien de Lourcine, et A. Courtade, interne des hôpitaux.

M. le docteur A. Rabuteau vient de publier, dans la quatrième édition de son livre si justement apprécié (1), l'indication sommaire des expériences que nous avons faites ensemble dans mon service sur les propriétés antisyphilitiques du thallium.

(1) *Traité élémentaire de thérapeutique et de pharmacologie*, 4e édit. Paris, 1884, p. 373-375.

ne faudrait pas abuser de ce procédé (1), car on finirait par rendre excusables ceux qui poseraient cette question : A quand la folie des aliénistes?

***

Car enfin (si j'osais moi aussi créer un mot) la *maniomanie* et non plus seulement la monomanie se montre de tous les côtés. Il ne serait bientôt plus loisible à un chercheur de poursuivre avec persévérance un travail quelconque, de défricher avec obstination un terrain inculte, sans qu'on le qualifie d'homme à idée fixe, de monomane. Tout *spécialiste* serait bientôt justiciable des Petites-Maisons. Pourquoi d'un médecin qui s'acharne à l'étude des maladies du cœur n'en ferait-on pas un cardiomane? celui-ci serait un dermatomane, tel autre un ophthalmomane, ou un laryngomane, etc. La carrière est ouverte. Il n'est, dit-on, que le premier pas qui coûte, et le premier pas est franchi..... Il est temps de s'arrêter.

***

(1) D'ailleurs le texte de la communication à laquelle nous faisons allusion est beaucoup moins explicite que le titre et en atténue considérablement la portée.

La chromidrose (1) reparaît à l'horizon. Les esprits forts vont avoir beau jeu. C'est aujourd'hui chose fort à la mode que de ne pas croire à ce que l'on ne s'explique pas, et de nier les faits que l'on n'a pas vus. Or les faits de chromidrose sont rares. Et puis ces cas n'ont guère été observés jusqu'à ce jour que chez des névropathes ou des hystériques, lesquels sont portés sinon à la supercherie, à la simulation, au moins à l'exagération. Les négateurs pourraient trouver ici un facile triomphe.

Mais si l'on réfléchit à la résistance que les phénomènes d'ordre purement nerveux (hypnotisme, stigmatisation, catalepsie, somnambulisme, etc.) ont rencontrée chez les médecins du dix-neuvième siècle avant d'entrer définitivement dans la science, on sera bien moins surpris en face du scepticisme et de l'incrédulité de ceux de nos contemporains qui, entendant parler de sueurs colorées et ne s'en rendant pas compte (on ne trouve pas toujours d'éléments figurés spéciaux visibles au microscope dans les cas de chromidrose, car les *chromidrosiques* ne se sont pas toujours servis de

(1) Pourquoi beaucoup de médecins s'obstinent-ils à écrire chromhydrose? Il ne s'agit pas d'eau colorée; il s'agit de sueur colorée.

Il m'a paru utile de donner sur ce sujet quelques notes complémentaires recueillies avec beaucoup de soin et d'intelligence par mon interne M. Courtade. Elles permettront de porter un jugement plus éclairé sur un essai de médication qui trouvera sans doute des imitateurs, comme toute nouveauté thérapeutique; en même temps elles mettront les expérimentateurs en garde contre certaines causes d'erreurs, difficiles à éviter lorsqu'on n'a pas une certaine expérience de l'évolution des lésions syphilitiques.

Je donnerai comme préambule les deux pages que M. Rabuteau consacre, dans son ouvrage, à ce métal peu connu et aux expériences qu'il a faites dans mon service.

Je rapporterai ensuite le résumé des observations elles-mêmes accompagnées de quelques commentaires.

« Le *Thallium* a été découvert par Crookes, en 1861, en soumettant à l'analyse spectrale les dépôts sélénifères et tellurifères provenant de fabriques d'acide sulfurique dans le Hartz. Ce chimiste le rangeait dans le groupe du sélénium et du tellure. Lamy, en 1862, parvint à l'isoler et le classa parmi les métaux. Le travail le plus complet sur ce corps nouveau est dû à Wilm (1).

« Le thallium est ainsi appelé (de θάλλειν, *verdir*) à cause de la belle raie verte que donne son spectre entre les raies D et E, et à cause de la coloration verte qu'il communique à la flamme.

« Ce métal possède un poids atomique élevé, lequel est représenté par le nombre 204 et se trouve, par conséquent, intermédiaire à ceux du mercure (200) et du plomb (207). D'après ma loi atomique ou thermique (continue M. Rabuteau), le thallium présente une activité, un pouvoir toxique considérable, ainsi qu'il résulte des expériences de Lamy (2) et de Paulet (3) et de celles que j'ai faites dans ces dernières années et communiquées récemment à la *Société de biologie* (4). Les expériences que j'ai faites avec le sulfate, le carbonate et avec l'iodure de ce métal me permettent d'affirmer que, d'une part, le thallium est plus toxique que le mercure et que, d'autre part, il est (sinon aussi toxique, du moins plus rapidement actif que le plomb. Ce résultat tient à la solubilité du sulfate et du carbonate de thallium et à la plus facile diffusion des produits de décomposition de l'iodure de thallium dans l'organisme (5).

« Le thallium, introduit à l'état de sel dans l'organisme, paraît s'éliminer facilement. J'ai pu, après l'administration de 0 gr. 01 d'iodure de ce métal par jour, reconnaître dans l'urine, d'une part, la présence de l'iode à l'aide des procédés que j'ai décrits ailleurs (Voy. mes *Éléments d'urologie*), d'autre part, la présence du thallium soit à l'aide de l'analyse spectrale, soit à l'aide de la pile. Le thallium se rapproche donc du mercure par son énergie toxique; il se distingue du plomb par sa facilité relative d'élimination. Les sels de thallium s'éloignent complètement, sous ce rapport, des sels d'or, de platine, de palladium qui se réduisent comme les sels d'argent dans l'organisme en donnant de l'or, du platine, du palladium métallique qui s'y localisent indéfiniment.

« C'est, ajoute M. Rabuteau, en me fondant sur ces données et sur d'autres analogies chimiques et toxiques qui n'avaient point échappé à Lamy et Paulet, que j'ai cru devoir essayer le thallium dans la syphilis. Le mercure, l'or, le platine, me disais-je, sont très actifs, mais le mercure est éliminable, il agit comme un hôte qui rend des services et qui disparaît ensuite quand on n'a plus besoin de recourir à son emploi, tandis que l'or et le platine ne quittent plus l'organisme qu'ils ont imprégné et deviennent dangereux par leur présence. Le thallium est également très actif, plus toxique même que le mercure, mais il est éliminable, et peut-être plus facilement que ce dernier; il présente donc les qualités requises dans tout médicament proprement dit, celles de produire un effet pendant un temps déterminé.

« Mes premiers essais du thallium dans la syphilis ont été faits, en avril 1883, sur des femmes à l'hôpital de Lourcine, dans le service de S. Pozzi, à qui j'offre ici mes remerciements. Les observations, peu nombreuses encore, ont été recueillies par Courtade, interne du service. Elles ne permettent point de porter un jugement sur la médication. Je dirai seulement que l'iodure de thallium a été administré en pilules de 0 gr.01 chacune, au nombre de une à deux au plus par jour, et que les plaques muqueuses ont paru se dessécher, les syphilides hypertrophiques s'affaisser sous l'influence de ces faibles doses, qui étaient cinq fois moindres que celles auxquelles on prescrit habituellement l'iodure mercureux. Il s'agit, bien entendu, des observations dans lesquelles le sel de thallium a été ingéré. D'autres fois l'insuccès a eu lieu, mais j'ai acquis la conviction, par l'analyse des urines, que le médicament n'avait pas toujours été pris par les malades à qui on le prescrivait. Aux doses indiquées, l'iodure de thallium a été bien toléré,

(1) ANNALES DE CHIMIE ET DE PHYSIQUE, quatrième série, t. V, 1865.
(2) COMPTES RENDUS DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES, 24 août, 1863.
(3) *Ibid*, 7 septembre 1863.
(4) COMPTES RENDUS DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE, 1883.
(5) Le thallium se rapproche chimiquement des métaux alcalins par sa facile oxydation à l'air froid, par la solubilité de son protoxyde, de son carbonate, de son sulfate, de son phosphate et par la propriété qu'il possède de donner des aluns. Il se rapproche du plomb par son chlorure, son bromure qui sont blancs et très peu solubles, par son iodure qui est jaune et insoluble.

charbon pour surprendre la bonne foi des médecins), se refusent à admettre la possibilité de semblables étrangetés.

Le public médical n'est pas toujours si réfractaire aux choses nouvelles. Mais, comme le saint Thomas de l'Evangile, il aime à voir. Et quand il ne voit pas il aime à entendre dire qu'on a vu. Vous n'avez pas rencontré sous le microscope le corpuscule capable de donner une coloration bleue, noire ou rose à la sueur, c'est que ce n'est pas la sueur qui est rose, noire ou bleue. Mais vous, monsieur Salisbury, vous nous annoncez avoir rencontré dans le sang des sujets en proie à la fièvre paludéenne des végétaux que vous appelez Palmellées, nous ne saurions le nier. Les Italiens auront beau venir nous décrire d'autres micro-organismes comme cause de l'impaludisme, nous les croirons aussi. M. Laveran, à son tour, montrera des parasites nouveaux, nous n'aurions garde de révoquer leur existence en doute. Et si M. Frédéric Eklund (de Stockholm) vient affirmer que le *bacillus malariæ* de Klebs et de Tommasi-Crudeli ne fait naître que des fièvres pseudo-intermittentes, que les éléments parasitaires pigmentés de Laveran ne se rencontrent que dans les cas pernicieux de l'impaludisme et qu'il n'y a que la *Lymnophysalis hyalina* qui soit la cause essentielle des fièvres palustres, nous n'hésiterons pas à admettre la véracité de ces allégations. Bien que nous ayons des motifs très sérieux de suspendre notre jugement, dès que l'on nous décrit le corps du délit, nous ne pouvons qu'accepter la description qui nous est faite, si différente qu'elle soit de la description des observateurs précédents.

* * *

Et néanmoins l'avenir de la médecine semble plus que jamais lié à l'étude des microbes. Déjà depuis longtemps, si nous en croyons M. Laboulbène dans le consciencieux éloge de Davaine qu'il a prononcé le 2 février dernier devant la Société de biologie et qui nous fait non seulement admirer le savant, mais aussi aimer le confrère, Andral avait pressenti le rôle immense que les micro-organismes joueraient dans la médecine future. D'après M. Gavarret, qui en a fait la confidence à M. Laboulbène un mardi matin à l'hôpital de la Charité, M. Andral, à propos de la découverte par Davaine de la bactéridie charbonneuse, se serait exprimé à peu près en ces termes : « J'ai entendu hier, à l'Académie, une communication qui m'a frappé. L'auteur, un des élèves de Rayer, est aux prises avec

excepté dans un cas, chez une femme un peu chétive. J'ajouterai qu'à ces mêmes doses il n'a pas produit de ptyalisme, mais que les bords alvéolaires des gencives ont présenté un liséré rouge rappelant plutôt la gingivite saturnine que la gingivite mercurielle. »

J'ai tenu à transcrire *in extenso* ce passage du livre de M. Rabuteau avant d'entrer dans les développements qui suivent :

Les malades de mon service auxquelles l'iodure de thallium a été administré sont au nombre de huit. On a eu soin de choisir des femmes n'ayant jamais suivi de traitement mercuriel auparavant, et celles dont les accidents étaient de date récente. J'ajoute que l'administration du médicament a été surveillée avec un soin tout particulier. La pilule était toujours prise soit devant l'interne, soit devant la surveillante. Il m'est donc difficile d'admettre les doutes soulevés par M. Rabuteau à ce sujet.

Nous donnons ci-après les observations des syphilitiques qui ont été soumises au traitement par l'iodure de thallium ; on verra que quatre malades présentaient des syphilides vulvaires érosives ou hypertrophiques en assez grand nombre, mais sans être confluentes ; elles prenaient chaque jour une pilule de 0 gr.,01.

Un mois après, il y avait une amélioration très notable dans l'étendue des syphilides érosives et papuleuses ; quelques-unes étaient même guéries, mais dans aucun cas elles n'ont disparu complètement.

Dans quatre autres cas où les syphilides vulvaires sont confluentes, au bout de ce même temps on ne constate point non plus de guérison complète, mais une amélioration plus ou moins notable.

Dans ces huit cas, nous avons eu soin de ne point cautériser les syphilides vulvaires, afin de ne pas introduire un élément étranger dans les modifications que pouvaient subir les lésions sous l'influence du thallium ; car des cautérisations seules suffiraient dans beaucoup de cas à guérir les accidents locaux sans modifier l'état général.

Comparativement nous avons soumis quatre malades affectées d'accidents vulvaires plus ou moins étendus à un traitement exclusivement mercuriel (iodure ou liqueur de Van Swieten), et nous n'avons point observé d'amélioration rapide, de guérison radicale sans l'influence adjuvante et nécessaire des cautérisations ; mais il faut ajouter que l'*état local se modifiait plus avantageusement et plus rapidement qu'avec l'iodure de thallium.*

Chez deux des malades qui ont pris des pilules de thallium, nous avons observé à diverses reprises des *douleurs assez violentes au creux épigastrique ;* chez l'une d'elles, il y a même eu des vomissements alimentaires qui sont survenus après l'ingestion de deux pilules par jour ; les crampes d'estomac ont été très violentes et suivies d'un peu de prostration.

Plusieurs des malades *se plaignaient de leurs gencives* qui étaient légèrement tuméfiées, mais sans atteindre le degré qu'elles atteignent dans la gingivite mercurielle ; à environ 1 millimètre de leur bord, on constate un liséré blanchâtre assez analogue, sauf la couleur, à celui que présentent les saturnins.

Sans doute les faits ne sont pas assez nombreux pour tirer des conclusions précises sur l'action physiologique de l'iodure de thallium.

Néanmoins les points suivants nous paraissent ressortir de ces quelques expériences :

1o L'iodure de thallium est un agent altérant ;

2o Il a produit quelque amélioration dans l'état des syphilides vulvaires, amélioration qui peut aussi, il est vrai, être imputée, jusqu'à un certain point, aux soins de propreté, au changement d'hygiène, au repos, etc. ;

3o Il passe dans l'économie, puisqu'il altère les gencives e se retrouve dans l'urine ;

4o Le mercure occupe toujours le premier rang dans le traitement de la syphilis et le thallium est relégué bien loin derrière lui, si l'amélioration que nous avons constatée lui est imputable.

Nous plaçant dans l'hypothèse la plus favorable, à savoir : que le thallium combat efficacement les accidents syphilitiques secondaires, il resterait encore à connaître si un traitement rationnel avec ce corps amènerait une amélioration durable, si les accidents tertiaires sont retardés ou amoindris.

La solution de ces questions peut seule placer le thallium dans le rang qu'il mérite au milieu de la classe des agents altérants.

Voici maintenant d'une façon très sommaire les OBSERVA-

---

une grosse question. Il ouvre une voie au bout de laquelle seront des applications importantes pour la pathologie comparée et peut-être humaine ; il éclaire singulièrement l'étiologie des maladies charbonneuses. Je pense à refaire, sur les sujets traités par Davaine, mon éducation médicale. »

Le présent d'aujourd'hui a déjà justifié en grande partie l'opinion d'Andral. Mais qui peut prévoir ce que l'avenir réserve ?

Dr PETER-PAUL SOMANS.

Par décision ministérielle du 13 mars, M. le docteur Chotin (Léopold-Louis-Désiré-Joseph) a été institué chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Lille.

**

HÔPITAUX DE PARIS. — Par arrêté du ministre de l'intérieur en date du 8 mars 1884, MM. les docteurs Troisier, Lacombe, Hanot, Ducastel, Dreyfus-Brissac, médecins du Bureau central, sont nommés médecins de l'hôpital Tenon.

M. le docteur Joffroy, médecin du Bureau central, est nommé médecin de l'hospice de la Vieillesse (hommes).

M. le docteur Labadie-Lagrave, médecin du Bureau central, est nommé médecin de la Maternité.

M. le docteur R. Moutard-Martin, médecin du Bureau central, est nommé médecin de l'institution Sainte-Périne.

ENFANTS MORALEMENT ABANDONNÉS. — L'Assistance publique a créé récemment une nouvelle maison pour les enfants abandonnés. Cet établissement est installé dans l'île Porquerolle, qui fait partie du groupe des îles d'Hyères. Une trentaine d'enfants y sont déjà placés.

**

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur P. Regnard vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— M. le docteur Arthur Doumic, ancien médecin sanitaire sur les paquebots de la Méditerranée, ancien médecin de la maison centrale de Poissy, vient d'être aussi, par décret du 26 mars, nommé chevalier de l'ordre de la Légion d'honneur. M. Doumic a été notre collaborateur et est resté notre ami ; nous applaudissons à la haute distinction qui vient le récompenser de ses services publics et de ses travaux.

TIONS des malades soumises au traitement par l'iodure de thallium :

Obs. 1. — K... Léontine entre le 7 avril 1883 ; elle présente des syphilides papulo-érosives confluentes aux grandes lèvres et discrètes aux petites lèvres Plaques muqueuses autour de l'anus. Angine. Plaques muqueuses buccales.

On lui a fait deux cautérisations avec une solution de nitrate d'argent au 1/30ᵉ.

Prend *une* pilule d'iodure de thallium.

Le 13 et 14 avril, douleurs violentes aux creux épigastrique et coliques.

Du 18 au 21 avril, elle prend deux pilules ; on constate alors une tuméfaction des gencives avec un liséré blanchâtre.

Le 24 avril les syphilides sont *presque* guéries.

Le 25 mai il reste encore une syphilide papuleuse hypertrophique à la grande lèvre gauche.

Obs. 2. — Et... Louise entre le 7 avril avec des plaques muqueuses confluentes dans une étendue de 3 centimètres environ sur la grande lèvre gauche ; il en existe deux autres sur la grande lèvre droite.

Le 15 avril, la surface exulcérée a diminué d'étendue.

Du 18 au 21 avril, deux pilules. Gingivite, mais les dents sont mauvaises et mal soignées.

Le 25 mai, les muqueuses qui *semblent guéries* blanchissent encore quand on les badigeonne avec une solution de nitrate d'argent au 1/30ᵉ.

Obs. 3. — D... Eugénie entre le 7 avril, présentant à la vulve des syphilides papuleuses hypertrophiques (deux à la grande lèvre gauche, deux à la grande lèvre droite et quatre plaques périvulvaires).

Du 18 au 21 avril, deux pilules de 1 centigr. gingivite.

Le 18 mai, il n'y avait pas d'amélioration notable, et comme il était survenu d'autres accidents, nous avons pensé qu'un atermoiement lui serait nuisible, aussi avons-nous institué le traitement ordinaire : liqueur de Van Swieten, cautérisations.

Obs. 4. — R... Zélie entre le 14 avril ; syphilides érosives sur toute la grande lèvre droite et quelques-unes à gauche.

A partir du 20 avril, pilule de thallium 0,01.

Le 22 mai, il reste encore quelques petites érosions des grandes lèvres.

Obs. 5. — R... Marie présente à son entrée, le 14 avril, des syphilides érosives avec œdème des petites lèvres et quelques larges plaques muqueuses autour de la vulve. Plaques buccales.

Le 24 avril, léger gonflement des gencives.

Le 15 mai, les plaques muqueuses vulvaires sont guéries, mais celles de la bouche persistent.

Il faut ajouter qu'elle avait été cautérisée par inattention le lendemain de son entrée.

Obs. 6. — L... Alice présente le lendemain de son entrée (14 avril) deux plaques muqueuses hypertrophiques volumineuses sur la grande lèvre gauche.

Le 22 mai, les syphilides sont presque dans le même état.

Le traitement ordinaire est institué.

Obs. 7. — H... Marie entre le 24 avril; les syphilides sont confluentes sur la grande lèvre droite et discrètes à gauche.

Le 1ᵉʳ mai, gingivite, mais les dents sont mauvaises.

Le 18 mai, les syphilides vulvaires sont presque guéries.

Le 25 mai, grâce à quelques cautérisations, elles sont complètement cicatrisées.

Obs. 8. — Ch... Marie entre le 4 mai; elle présente des syphilides papuleuses hypertrophiques volumineuses siégeant sur les grandes lèvres autour de l'anus et dans le pli génito-crural droit ; mais elle a été soignée en ville et cautérisée il y a deux mois.

Le 25 mai, il y avait une amélioration notable, mais les syphilides avaient à plusieurs reprises été touchées avec une solution de nitrate d'argent.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

FLUXION PAROTIDIENNE SURVENUE COMME COMPLICATION DE L'ÉRUPTION D'UNE DENT DE SAGESSE, par le docteur PAUL FABRE (de Commentry).

Si la plupart des accidents qui accompagnent l'éruption de la dent de sagesse avaient été signalés dès la fin du seizième siècle (1), il faut arriver jusqu'au début du siècle actuel pour les voir étudiés avec un peu de soin. Mais c'est surtout dans ces dernières années que cette question a été réellement approfondie par les travaux d'Albrecht, d'Holmes, de Tomes, de Chevassu, Comoy, Pietkiewicz, Beal, Guyet et particulièrement dans la remarquable thèse du docteur Heydenreich (1878). Enfin, tout récemment, M. Magitot, avec la légitime autorité qui s'attache à son nom, a présenté un fidèle résumé de l'état actuel de nos connaissances sur les accidents imputables à l'évolution des dents de sagesse. Dans son article DENT du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, article qui constitue en quelque sorte un traité à peu près complet d'odontologie, M. Magitot range ces accidents sous trois chefs :

1º *Accidents inflammatoires*, subdivisés en accidents muqueux et en accidents nerveux ; — 2º *accidents nerveux* : névralgies, troubles des sens, phénomènes réflexes ; — 3º *accidents organiques*, comprenant les kystes folliculaires de la dent de sagesse, les odontomes, les néoplasmes.

Les accidents inflammatoires simples sont de beaucoup les plus fréquents, et il n'est pas de praticien qui n'en ait observé des exemples sous forme de gingivites suppurées on non ; mais j'ai eu l'occasion de voir ces jours derniers des phénomènes inflammatoires beaucoup plus étendus et beaucoup plus intenses. Il y avait de vrais signes de parotidite ; le canal de Sténon était oblitéré et l'écoulement de la salive était empêché par la tuméfaction phlegmasique de la région. Comme je n'ai pas trouvé cet accident mentionné parmi ceux qui ont été attribués à l'éruption de la troisième grosse molaire, j'ai cru intéressant de signaler ce fait.

Obs.— Né à Commentry le 27 novembre 1858, A... (J.-L.), mineur, marié, père de deux enfants, a dépassé l'âge de vingt-cinq ans depuis bientôt deux mois. Il a eu les oreillons durant son enfance. D'un prognathisme peu accentué, A... (J.-L.) possède les deux dents de sagesse supérieures complètement sorties de leur alvéole; la dent de sagesse inférieure gauche n'émerge que par ses deux tiers antérieurs au-devant de la gencive. Le reste de la dentition est normal; les dents sont très régulièrement implantées, sau qu'elles sont trop rapprochées; les incisives même ne laissent voir entre elles aucun intervalle. Cinq dents manquent, toutes à la mâchoire supérieure (A... (J.-L.) les a fait successivement extraire) : à droite la première petite molaire et les deux premières grosses molaires, à gauche la canine et la deuxième petite molaire.

Le 22 janvier, il vient me trouver se plaignant d'un mal de gorge depuis l'avant-veille. Le pouls est à 96. La langue est saburrale. Le fond de la gorge est rouge, les amygdales sont tuméfiées. L'amygdale droite surtout me paraît plus enflammée.

A... ouvre d'ailleurs la bouche avec une assez grande difficulté.

(1) Consulter le livre d'Urbain Hémard (*De la vraye anatomie des dents, nature et propriétés d'icelles*, Lyon, 1581).

Je conseille un gargarisme au chlorate de potasse (8 gr.), édulcoré avec du sirop diacode.

Le 23, sa femme vient me chercher. Le pouls était à 120. La température axillaire atteignait 38°8. Le côté gauche de la figure jusqu'au cou était très tuméfié. Je ne puis que difficilement examiner la bouche. Toute la région parotidienne est œdématiée, dure, rouge, tendue, horriblement douloureuse. L'écartement des mâchoires est presque impossible.

A... n'a aucune dent cariée. Et cependant je pensai à un abcès dentaire. A... (J.-L.), s'il ne pouvait essayer de mâcher, avalait les liquides sans trop de douleur.

Le lendemain, le pouls est à 120 et la température axillaire à 38°6; il y a de forts élancements dans tout le côté droit de la face. Le malade se plaint d'une sécheresse constante de la bouche. Mon doigt, introduit entre les arcades dentaires et la joue, me fait sentir du côté droit un cordon dur, assez large, suivant la direction du canal de Sténon. A..., sur mes indications, reconnaît que c'est de ce côté que la bouche est le plus sèche. Vers la deuxième grosse molaire supérieure, c'est-à-dire au niveau de l'orifice buccal du canal de Sténon, l'on constate la présence d'une saillie formant comme un petit bourrelet circulaire et surmontant une autre saillie globuleuse, molle.

La joue est énorme; je redoute de plus en plus un abcès parotidien.

Frictions avec de la pommade à l'iodure de plomb (au dixième) sur la joue, et cataplasmes de farine de lin.

Gargarismes émollients à l'eau de guimauve.

Le 25, je vois arriver mon malade à ma consultation la joue désenflée. J'examine la bouche attentivement. Le trajet du canal de Sténon n'est pas plus marqué du côté malade que du côté sain. En pressant le rebord des gencives tuméfiées le long de l'arcade dentaire inférieure à droite, je fais sortir un peu de liquide purulent, très épais. Et, au delà de la deuxième grosse molaire inférieure, j'aperçois une saillie irrégulière de la gencive qui est soulevée légèrement en avant par la dent de sagesse. Cette dent, je peux la sentir avec l'ongle de mon index. En ce moment, c'est là le seul point douloureux. Je conseille à mon malade de rincer fréquemment sa bouche avec un liquide astringent (décoction de racine de bistorte).

Deux jours après, la dent apparaissait un peu plus saillante, mais comme encapuchonnée encore dans la gencive; les gencives des dents voisines sont raffermies; l'inflammation était à peu près complètement disparue.

Le 4 février, l'éruption de la dent était presque entièrement terminée, et c'est pour une douleur de la cuisse droite (face antéro-interne) que j'ai eu l'occasion de revoir le malade.

Aujourd'hui, 9 mars, je constate que la partie postérieure de la dent reste encore cachée sous la gencive. Il n'y a pas de trace d'inflammation. La pression du doigt ni la mastication ne provoquent plus actuellement la moindre douleur. Mais A... (J.-L.) a souffert encore, en mangeant, pendant plus de quinze jours après la disparition de la fluxion. Au niveau de l'orifice buccal du canal de Sténon, la muqueuse est restée un peu plus rouge que du côté gauche.

Remarques. — Parmi les remarques que la relation de ce fait peut suggérer à l'observateur, je relèverai les suivantes :

1° L'âge du sujet est à noter; il a dépassé 25 ans, et l'on sait, d'après les statistiques de MM. Magitot et David, que c'est le plus souvent de 19 à 25 ans que l'on rencontre les accidents provoqués par l'éruption des dents de sagesse.

2° Nous constaterons aussi que, conformément à l'immense majorité des observations (75 pour 2), c'est une dent de la mâchoire inférieure qui a occasionné les accidents.

3° L'adénite sous-maxillaire avait été signalée comme complication dans les cas d'accidents purement muqueux de la mâchoire inférieure, et l'adénite des ganglions parotidiens pour la mâchoire supérieure, les ganglions cervicaux ne s'engorgeant « que lorsque les phénomènes morbides ont envahi le tissu des mâchoires » (Magitot).

Dans le fait que je viens de rapporter, un engorgement parotidien très marqué a coïncidé avec une lésion siégeant à la mâchoire inférieure, et de plus il y a eu un engorgement des ganglions cervicaux sans complication osseuse; mais la gêne de la circulation par la compression, outre la formation du pus, peut expliquer cet engorgement cervical.

4° Chassaignac, dans son *Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical* (t. II, p. 151), distingue une double forme de gingivite due à l'évolution vicieuse de la dent de sagesse : une gingivite par *enkystement* et une gingivite par *enchâtonnement* de la dent. Si l'on se reporte à mon observation, on verra que la dent de mon malade, aux derniers jours des accidents inflammatoires, n'était ni enkystée ni enchâtonnée dans la gencive, elle était simplement *encapuchonnée* à sa partie postérieure, comme à demi cachée sous le revêtement muqueux.

5° C'est par le bord libre de la face externe des gencives sur toutes les molaires droites du maxillaire inférieur que la pression faisait sortir du pus.

6° Les symptômes tant généraux que locaux présentés par ce malade ont été assez violents pour faire croire à une terminaison par un phlegmon parotidien, et cependant tous ces symptômes se sont évanouis avec la plus grande rapidité, comme par délitescence.

Ces diverses considérations m'ont paru justifier seules la publication du fait que je viens de rapporter.

REVUE D'HYDROLOGIE

Suite et fin. — Voir les numéros 5 et 10.

Observations sur les eaux de Chateauneuf (Puy-de-Dôme), par le docteur Mignot. — 16 pages.

Le docteur Mignot, médecin du département de l'Allier, bien connu par d'intéressantes communications, n'exerce pas à Châteauneuf. Mais il connaît bien cette station, et il regrette que sa notoriété ne dépasse pas un rayon assez circonscrit, où du reste elle est solidement établie. Il a, dans une courte note lue à la Société médicale de Gannat, parfaitement exposé les indications qui y sont relatives.

Les eaux de Châteauneuf sont notablement bicarbonatées sodiques et ferrugineuses, avec une certaine proportion de magnésie et de sulfate de soude, très légèrement lithiuées, comprenant plusieurs sources froides ou thermales (37°). Leurs applications se rapprochent de celles des eaux indéterminées (Néris, Plombières, etc.), mais avec l'avantage de joindre, au bain de piscine agité par un grand développement de gaz carbonique, une médication interne effective.

Le caractère des eaux de Châteauneuf est d'être à la fois toniques et très sédatives. Elles conviennent à ces états constitutionnels, si communs aux périodes de la puberté, et plus tard dans les métrites, qui réclament cette double indication. Mais leur spécialisation la plus formelle, comme leurs applications les plus communes, ont trait au rhumatisme : non pas les rhumatismes anciens et fixes, ni les arthrites proprement dites, mais les myalgies et les arthralgies. Il ne faut pas que

ces diverses manifestations, que l'on comprend sous la dénomination plus ou moins légitime de rhumatisme, offrent un caractère trop aigu, comme il ne faut pas qu'elles affectent une fixité qui laisse soupçonner une altération formelle des tissus.

Saint-Honoré-les-Bains (Nièvre), ses eaux et ses environs, guide descriptif, naturaliste et médical, par le docteur M. Binet. — 330 pages.

Il y a certainement beaucoup de choses intéressantes dans ce *Guide*, mais la partie hydrologique et médicale est trop sacrifiée. Alors que la faune de Saint-Honoré occupe 70 pages, dont 50 sont consacrées aux seuls insectes, on trouve cette simple mention au sujet de l'ozène : « L'ozène simple est fréquemment guéri en une seule saison. Les ulcérations et l'odeur disparaissent en peu de jours, d'ordinaire. » Il y a là un défaut de proportion excessif, et qu'il est permis de signaler, tout en rendant justice au caractère sérieux du Guide à Saint-Honoré.

Etude clinique sur Amélie-les-Bains, ses eaux et son climat, par le docteur L. Granier. — 86 pages.

Le climat d'Amélie tient le milieu entre le climat des stations du littoral et celui du continent; c'est donc un bon refuge d'hiver à classer entre les stations maritimes et Pau.

Par sa faible altitude, Amélie jouit d'une pression moyenne et doit être, par suite, classée entre les stations de plaine ou à haute pression et celles de montagne ou à basse pression; c'est donc un climat de colline, tonique et peu excitant, et eupnéique à la fois.

La saison d'automne, qui commence en septembre et se prolonge presque toujours jusqu'en décembre, est appelée à un grand avenir. Elle est la plus favorable à une cure minérale; celle-ci est d'abord mieux tolérée que celle d'été ou de printemps, et elle offre ensuite une immunité plus grande pour affronter les rigueurs de l'hiver.

La saison d'hiver finit généralement en mars ou avril.

On peut faire aussi une cure minérale d'hiver et de printemps.

Amélie est donc la seule station qui permette une cure climatérique et minérale, prolongée, lente, méthodique, et seule, en dehors de l'été, elle peut remplacer les autres stations sulfureuses, qui, toutes, sont estivales.

L'action des eaux sulfureuses, qui sont dosées, à minéralisation moyenne, dégénérées en alcalines, est remarquablement sédative; pour ce dernier motif, cette action peut être prolongée graduellement à doses filées, et mise à l'abri des phénomènes d'intolérance, de l'hémoptysie notamment.

Recherche et dosage de la lithine dans les eaux minérales de Vichy, par M. Mallat, pharmacien (52 pages).

Thèse fort bien faite, comprenant l'historique de la lithine des eaux minérales et un exposé complet des différents procédés de dosage de ce principe.

O. Henry avait signalé le premier la présence de la lithine dans les eaux de Vichy en 1848, et M. Lefort en avait depuis rencontré des indices; mais ces résultats avaient été formellement contredits par Bouquet, dont l'analyse des eaux de Vichy (1855) est demeurée classique. M. Riche avait plus tard trouvé dans l'eau d'Hauterive les mêmes indices que O. Henry et M. Lefort. La thèse de M. Mallat nous donne pour la première fois un dosage précis de la lithine.

M. Mallat admet, suivant l'hypothèse de Bouquet, que la lithine, comme les autres bases des eaux de Vichy, est à l'état de bicarbonate. Ce bicarbonate se forme par la dissolution du carbonate neutre dans l'eau chargée d'acide carbonique, ce qui explique pourquoi les eaux froides, qui contiennent plus de gaz dissous que les eaux chaudes, contiennent aussi une plus forte proportion de sel de lithine. Mais celui-ci étant très instable, comme les sels de chaux et de magnésie, à l'encontre des bicarbonates de soude et de potasse, beaucoup plus stables, il ne faut pas s'attendre à le retrouver dans les eaux conservées.

La source d'Hauterive (froide) contient 0 gr.,0039 de lithine et 0,0096 de carbonate de lithine, et la source de la Grande-Grille (43o), 0 gr.,0024 de lithine et 0,0059 de carbonate de lithine.

Etude clinique sur les eaux thermales de Brides-les-Bains (Savoie), par le docteur Philbert, 1883 (16 pages).

Résumé succinct des applications des eaux de Brides « sulfatées, chlorurées sodiques, magnésiennes, calciques », ayant une thermalité de 36o.

« Les eaux de Brides ont une action élective sur le tube digestif, ses annexes et en particulier sur le foie.

« Leur action purgative permet de les employer avec succès contre la constipation et l'obésité.

« Elles sont très utiles dans la dysménorrhée, la leucorrhée et les congestions utérines.

« Associées aux eaux voisines de Salins-Moutiers (chlorurées sodiques fortes), elles donnent les meilleurs résultats chez tous les sujets dont la nutrition est retardée, tels que les anémiques, les lymphatiques, les scrofuleux. »

Vichy-Cusset et leurs eaux minérales, étude des eaux et de leurs propriétés, leur mode d'action; maladies traitées a Vichy, par le docteur Grellety. — 3e édition, 422 pages.

Exposé détaillé de la médication thermale de Vichy. Je signalerai un chapitre intitulé : « Réfutation de la prétendue cachexie alcaline à Vichy. » A part cela, ce qu'il y a de plus nouveau dans cette troisième édition est le titre où l'auteur a jugé convenable d'accoler le nom de Cusset à celui de Vichy, innovation dont le besoin ne se faisait pas sentir. On peut cependant y ajouter quelques détails intéressants sur les agents accessoires au traitement thermal, tels que les diverses applications du gaz carbonique, les inhalations d'oxygène. On trouvera encore des considérations fort justes relativement à l'usage banal du bain thermal.

Mais M. Grellety me paraît faire erreur quand il considère comme une petite révolution (*sic*) récente (p. 135) l'emploi vraiment méthodique des bains et la participation de l'hydrothérapie au traitement thermal de Vichy. Il y avait longtemps, quand il a publié sa première édition, que le bain thermal à Vichy était soumis à une pratique rationnelle, et que l'on savait faire de l'hydrothérapie combinée au traitement thermal l'usage qu'il convient.

Notes et observations pour servir a l'histoire du traitement thermal pendant la grossesse, par M. Caulet. (*Annales de la Société d'hydrologie*, t. XXVIII.)

M. Caulet a étudié cette question de l'application du traitement thermal pendant la grossesse avec beaucoup de soin, mais sans la résoudre. Les auteurs du *Dictionnaire général*

des eaux minérales n'avaient pas considéré la grossesse comme une contre-indication absolue du traitement thermal, tout en faisant leurs réserves au sujet de certaines formes déterminées de ce dernier. M. Caulet ne paraît pas éloigné de professer une opinion tout opposée, mais ses conclusions témoignent de quelque embarras, et il s'agit là encore, à ses yeux, d'une expérimentation thérapeutique.

Cet embarras, dont nous retrouvons les traces dans la longue discussion qu'a provoquée cette communication, s'explique par les termes mêmes de la question du traitement thermal pendant la grossesse, qui me paraît très mal posée.

Il est impossible de rapprocher en un pareil sujet des médications aussi différentes que des eaux sulfurées, bicarbonatées ou chlorurées sodiques, ou indéterminées, telles que Luchon, Vichy, Bourbonne ou Néris, et des modes de traitement aussi dissemblables que ceux que l'on peut rencontrer à Aix, à Plombières ou à Vichy.

Il est encore un autre ordre de considérations qui a été passé sous silence dans la discussion dont il s'agit, c'est la santé de la femme, sa constitution, l'état de l'appareil utérin; ce sont encore les renseignements fournis par les précédentes grossesses.

Dans tous les cas, une semblable question demande à être spécialisée, et elle serait plus facile à éclairer s'il s'agissait seulement de l'appropriation de telle ou telle station thermale aux femmes enceintes.

Notice sur les bains d'Usson (Ariège), par le docteur Ferraun (8 pages).

Je visitais, il y a quelques années, sur la limite du département de l'Ariège et de celui de l'Aude, sur le bord même de la rivière de l'Aude, qui n'est encore là qu'un grand ruisseau, un très modeste établissement thermal, desservant un groupe d'eaux sulfureuses de 22 à 27°, parfaitement captées. C'étaient les sources d'Usson. Mais on n'y parvenait alors, au moins par le département de l'Aude, après avoir quitté à Quillan le chemin de fer de Toulouse à Perpignan, que par des chemins problématiques et vertigineux. Une belle route, commencée seulement à cette époque, est terminée aujourd'hui et permet de s'y rendre en toute sécurité.

M. Garrigon en a fait une analyse systématique que l'on peut appeler par *dissociation* des éléments et qui réclame une nouvelle analyse par *reconstitution*, ou, si l'on veut, une traduction, la première n'étant qu'incomplètement intelligible pour la généralité des lecteurs.

Ce sont des eaux sulfurées sodiques, légèrement calciques, dégageant de l'hydrogène sulfuré et de l'acide carbonique, plus sensiblement arsénicales que les eaux sulfurées des Pyrénées où ce dernier principe a été constaté. Il n'est permis d'attribuer encore aux eaux d'Usson que les propriétés communes aux eaux sulfurées.

Max Durand-Fardel.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de la vaccine et de la vaccination humaine et animale, par le docteur E. Warlomont, 1 vol. in-8 de XVIII-385 pages. — Paris, J.-B. Baillière et fils, 1883.

Dans ces temps, où tout semble remis en question, est-il bien surprenant qu'une découverte relativement récente, la prophylaxie de la variole par la vaccine, soit battue en brèche et repoussée par quelques hommes aux yeux desquels certains mécomptes ont pris des proportions fort exagérées?

Mais, en face de ces accidents isolés, fort rares, et qui le plus souvent peuvent être évités, est-il possible de songer à rejeter les bienfaits individuels et sociaux que nous devons à la découverte de Jenner? On ne le saurait.

Le directeur de l'Institut vaccinal de Bruxelles vient donc de faire une œuvre des plus utiles en publiant son *Traité de la vaccine et de la vaccination humaine et animale*. Le beau travail de Bousquet, dont la dernière édition remonte à 1848, avait déjà bien vieilli. Depuis lors, la vaccine animale a pénétré dans la pratique, et bien des aphorismes du livre de Bousquet, qui passaient pour des axiomes, ont mérité d'être frappés d'appel. « Si la science en général progresse incessamment, combien ne devait point progresser une pratique appuyée sur des exemples journaliers se comptant par millions? La méthode de Jenner ne remontait guère qu'à cinquante ans quand Bousquet fit paraître son immortel ouvrage; son âge a presque doublé depuis. Or la vaccine posait comme principal problème la question de la durée de la préservation procurée par elle, peut-être l'influence de son action sur la santé publique, peut-être encore sa vertu prophylactique même. Trente-cinq ans de plus devaient apporter des éléments puissants à la solution de ces diverses questions et les lui apportèrent en effet.

« D'autres progrès sont venus en même temps modifier de fond en comble plus d'un des points de vue d'où l'on avait envisagé jusqu'alors la prophylaxie variolique. Les travaux de Chauveau et les découvertes de Pasteur ont donné un corps à certaines théories jusque-là nuageuses et en ont renversé d'autres. La vaccinologie a largement bénéficié des progrès opérés par la science dans le sens du positivisme scientifique moderne. »

En 1865, quand la vaccine animale fit son entrée solennelle en France, la pratique de M. Warlomont n'avait rien de commun avec celle de la vaccine. La nouvelle venue le captiva, il voulut la connaître, se promettant bien, la connaissance ébauchée pratiquement, de charger quelque confrère du soin de la poursuivre. « Hélas! ajoute M. Warlomont, quand je songeai à dépouiller cette robe de Nessus, personne ne la voulut revêtir. Je l'avais endossée, je dus la garder.

« La lutte fut longue et pénible. On ne rompt pas impunément en visière avec l'engouement du passé. Il y eut des hauts et des bas. L'étrangère toutefois, ainsi que Bousquet l'appela dédaigneusement en un jour d'humeur, finit par prendre au soleil la place qu'elle revendiquait. Dans presque tous les pays civilisés, elle vit aujourd'hui côte à côte et en bonne intelligence avec l'ancienne vaccine, dont elle est devenue l'utile auxiliaire. C'était donc bien le moment d'en parler, et ce livre n'y manquera pas. »

Placé depuis dix-huit ans à la tête des divers établissements de vaccination animale qui ont fonctionné en Belgique, M. Warlomont a vacciné annuellement une moyenne de sept à huit cents enfants.

Nul n'était donc mieux en situation pour écrire ce traité *ex professo*, qui d'abord expose magistralement l'état de nos connaissances sur la variole et la variolisation, puis fait l'historique de la découverte jennérienne, étudie successivement et compare la vaccine humaine et la vaccine animale, s'occupe de la question des revaccinations, de la variole intra-utérine,

des anomalies de la vaccine, sans oublier de répondre, en les présentant de la manière la plus consciencieuse, aux objections qui de divers côtés ont été faites à la vaccine et spécialement à la vaccine obligatoire.

Ce livre bien écrit, bien conduit, soigneusement élaboré, représente on ne peut plus fidèlement et dignement l'état de nos connaissances en *vaccinologie*. Il constitue une date dans la marche de la science. Il marquera une étape sérieuse.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

FORMULAIRE

Potion a la paraldéhyde

(Yvon).

Rec. Paraldéhyde......	1 à 4	grammes.
Sirop simple......	30	—
Eau.............	70	—
Teinture de vanille.	XX	gouttes.

M. s. a. — A prendre en une ou deux fois.

Elixir a la paraldéhyde

(Yvon).

Paraldéhyde........	10	grammes.
Alcool à 90 degrés...	48	—
Teinture de vanille.	2	—
Eau...............	30	—
Sirop simple........	60	—

M. s. a. Une cuillerée à bouche de 15 gr. contient 1 gr. de paraldéhyde.

(La paraldéhyde est un nouveau médicament somnifère, qui paraît avoir sur le chloral l'avantage de ne pas influencer, aux doses ordinaires, les fonctions cardiaques. La dose efficace est généralement de 3 grammes, à donner autant que possible en une fois. L'accoutumance est prompte à s'établir.)

E. R.

NOTES & INFORMATIONS

Grand émoi parmi le corps médical de Marseille : il s'agit, pour emprunter le titre d'un article que notre excellent confrère, M. Decaisne, a consacré à l'incident dans le journal la France, de l'*escamotage d'un concours*.

Une place de médecin-adjoint des hôpitaux de Marseille devient vacante ; un concours a lieu, deux candidats entrent en lutte ; le vainqueur est nommé.

Une seconde place devient vacante ; de jeunes confrères se préparent à la disputer ; mais l'administration des hôpitaux prend sur elle de ne pas faire appel à un nouveau concours et nomme à la place vacante le vaincu du concours précédent. De là protestation fort légitime de la part du corps médical marseillais.

Ce qu'il y a de plus de curieux dans cette affaire, c'est que l'administration des hospices, accusée d'avoir violé les règlements relatifs au concours, prétend les avoir fidèlement observés « car, dit-elle, le candidat nommé a concouru deux fois et a obtenu dans son dernier concours un nombre de points supérieurs au minimum fixé. »

Voilà comment le concours est compris des honorables administrateurs des hospices de Marseille. Il est probable qu'aucun d'eux, dans la carrière qu'il a suivie, n'a dû son élévation au concours.

Il faut espérer que, dans leur juste revendication, les jeunes médecins de Marseille finiront par l'emporter. Le concours, loyalement observé, est la meilleure des institutions; mal appliqué ou faussé sciemment, il devient la plus funeste, car il ne sert qu'à déguiser les abus du favoritisme.

— L'Académie de médecine vient de désigner M. Henry Guéneau de Mussy pour la représenter au centenaire de l'université d'Edimbourg.

— Dans une communication qu'il vient d'adresser au congrès des médecins des colonies à Amsterdam, le docteur Van den Corput propose l'établissement d'une *ligue internationale d'hygiène*. Cette institution aurait pour but de surveiller l'état sanitaire des divers pays. Par les informations officielles et rapides qu'elle pourrait constamment fournir, elle permettrait aux divers Etats de se mettre promptement à l'abri des épidémies qui apparaîtraient sur tel ou tel point du globe.

— Dans une note qui est pour le moins bizarre, le journal anglais The Lancet déplore la funeste habitude contractée par les membres de la Chambre des communes de prolonger leurs séances bien avant dans la nuit. Ces veilles répétées, ces délibérations nocturnes, dit la feuille anglaise, compromettent aussi bien la santé des orateurs que la bonne gestion des affaires publiques ; à ce métier, l'éloquence parlementaire se détériore, les discussions pâlissent..., etc. Décidément, l'hygiène en Angleterre n'a pas encore dit son dernier mot.

—D'après le dernier recensement, Madrid, pour une population de 500,000 âmes, posséderait 10,000 médecins. Un médecin pour 50 personnes ! Le journal espagnol Il Siglo medico, auquel nous empruntons ces chiffres, les fait suivre fort justement des réflexions suivantes : Etant donné que la morbidité se chiffre par une proportion de un à deux malades pour 100 habitants, il s'ensuit que chaque médecin de Madrid n'aurait pas à soigner en moyenne 1 malade à la fois. Or les médecins en renom, les médecins d'hôpitaux ou ceux qui concourent à l'assistance à domicile accaparant à eux seuls un nombre très considérable de malades, on est obligé de reconnaître que la grande majorité des médecins n'ont pas de quoi vivre ou au moins ne vivent pas de l'exercice de leur profession.

— Les fonctionnaires médicaux prussiens, c'est-à-dire les médecins chargés en Prusse de s'occuper des questions de médecine publique et de médecine légale, se sont eux aussi constitués en Association, au nombre de 289. Ils ont tenu à la fin de septembre dernier leur première réunion annuelle, à Berlin. M. Sell a traité de la chimie alimentaire ; M. Falk a soutenu le maintien des fonctions de chirurgien de cercle ; MM. Jacobs, Lesser, Léman, ont abordé des questions de médecine légale. Les après-midi ont été consacrées à des visites d'hôpitaux, de prisons, d'égouts, etc. (d'après les Annales d'hygiène publique).

—Dans une lettre adressée à M. le docteur E. Le Sourd, le docteur J.-F. Maillot, ancien président du conseil de santé des armées, fait ressortir (en s'appuyant sur les mouvements hospitaliers de 1877, 1878, 1879 et 1880) que si la morbidité dans notre armée d'Afrique est de beaucoup plus considérable qu'en France, par contre la proportion des morts au nombre des malades y est notablement inférieure à celle qu'on observe dans le gouvernement de Paris. Pour l'Algérie, sur 86,298 entrées à l'hôpital, on ne compte que 2,747 morts, soit 1 sur 31; dans le gouvernement de Paris, sur 20,745 entrées, on compte 2,086 morts, c'est-à-dire 1 sur 24.

R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie. — Nous avons la douleur d'annoncer la mort de M. le docteur Larcher père, ancien interne des hôpitaux, lauréat

de l'Institut et de l'Académie de médecine, qui vient de succomber à Passy dans sa quatre-vingt-deuxième année. M. Larcher a publié, à différentes époques, des travaux intéressants dans la Gazette médicale, et nous devons ici à sa mémoire l'expression de tous nos regrets.

— M. le docteur Barrière, des Eyzines (Gironde), vient de mourir à l'âge de 85 ans.

— Les journaux russes ont annoncé récemment la mort du docteur Frese, professeur de psychiatrie et directeur de l'hospice des aliénés de Saint-Pétersbourg.

— Le journal The Lancet du 22 mars 1884, annonce la mort du docteur J. Hall Davis, chirurgien-accoucheur de l'hôpital Middlesex.

***

Faculté de médecine de Paris. — Le registre des inscriptions du troisième trimestre de l'année scolaire 1883-1884 sera ouvert le mercredi 2 avril, il sera clos le samedi 26 avril à 3 heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à 3 heures :

1° Les inscriptions de première et deuxième année de doctorat et de première année d'officiat, les mercredi 2, jeudi 3, vendredi 4, samedi 5, mercredi 9 et jeudi 10 avril.

2° Les inscriptions de troisième et quatrième année de doctorat, de deuxième, de troisième et de quatrième année d'officiat, les mercredi 23, jeudi 24, vendredi 25 et samedi 26 avril.

MM. les étudiants de quatrième année, qui n'ont pas encore pris part aux travaux pratiques d'anatomie pathologique, devront présenter leur carte d'admission à ces travaux, en prenant leur inscription trimestrielle.

MM. les étudiants sont tenus de déposer un jour à l'avance leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté ; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle.

Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et quatrième année de doctorat, et de deuxième, troisième et quatrième année d'officiat (soumises au stage), ne seront distribuées qu'à partir du lundi 21 avril.

Messieurs les étudiants, internes et externes des hôpitaux de Paris, devront joindre à leur feuille d'inscription un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le deuxième trimestre de 1883-1884. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché. *Ces formalités sont de rigeur*. Les inscriptions seront refusées aux internes et externes qui négligeraient de les remplir.

Les élèves autorisés à subir les examens de fin d'année (ancien régime), au mois d'avril, devront consigner le lundi 31 mars et mardi 1er avril. Les consignations ne seront reçues que sur la production de la décision ministérielle qui accorde l'autorisation de subir ces examens. Les bulletins de versement pour les consignations continueront à être délivrés les lundis et mardis, de midi à trois heures.

Les étudiants inscrits pour subir leurs examens sont placés d'après l'ordre de leur inscription à la Faculté. Ceux d'entre eux qui, pour des motifs légitimes, désireraient que le jour de leur examen fût avancé ou reculé, devront adresser par écrit la demande à M. le doyen (décisions de la commission scolaire en date du 27 juin 1882 et du 24 décembre 1883).

La mise en série des candidats aux examens a lieu quinze jours ou trois semaines au plus après le jour de leur inscription à la Faculté, à moins que le nombre des candidats ne soit trop considérable. Ce laps de temps est indispensable pour rédiger la feuille des actes, soumettre cette feuille à la commission scolaire, la faire tirer et distribuer, et enfin pour expédier les convocations.

Cours de la Faculté. — M. le professeur Regnauld a commencé le cours de pharmacologie le samedi 22 mars dans le petit amphithéâtre et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine à midi. Il étudie les médicaments au point de vue de la chimie pharmacologique et de la posologie.

— M. le docteur Charles Richet, agrégé, a commencé le cours auxiliaire de physiologie, le samedi 22 mas, à l'Ecole pratique, rue Vaugirard, n° 1, et le continuera tous les samedis à une heure et demie. Il traite de la chaleur animale et de la nutrition avec démonstration pratique à l'appui.

— M. le docteur Gariel, agrégé, a commencé le cours auxiliaire de physique, le samedi 22 mars, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les mardis, jeudis et samedis à deux heures. Le programme du cours porte : vision, instruments d'optique, magnétisme, électricité, propriétés moléculaires du corps.

— M. le professeur Bouchardat a commencé le cours d'hygiène, le samedi 22 mars, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mardis, jeudi et samedi de chaque semaine à quatre heures. Les matières du cours sont : durée de la vie, hérédité, habitation, vêtements, chauffage, exercices, excrétions, principales causes de maladies.

— M. le docteur Hennuyer, agrégé, a commencé le cours auxiliaire de chimie médicale, le lundi 24 mars, dans le grand amphithéâtre, et le continue les mercredis, vendredis et lundis à neuf heures trois quarts du matin. Il traite de la chimie organique et de ses applications à la médecine.

— M. le professeur Baillon a commencé le cours d'histoire naturelle médicale, le lundi 24 mars, dans le grand amphithéâtre, et le continue les mercredis, vendredis et lundis à onze heures du matin. Il étudie spécialement les principales plantes usitées en thérapeutique.

— M. le professeur Tarnier a commencé le cours d'accouchements et des maladies des femmes et des enfants, le lundi 24 mars, dans le grand amphithéâtre, et le continue les mercredis, vendredis et lundis à midi. Les sujets traités seront : la grossesse, les accouchements, la délivrance et les opérations obstétricales.

— M. le professeur Brouardel a commencé le cours de médecine légale, le lundi 24 mars, dans le grand amphithéâtre, et le continue les mercredis vendredis et lundis suivants à quatre heures. Il traitera particulièrement de la déontologie médicale, des asphyxies, de la pendaison, de la strangulation et de la submersion.

— M. Delahousse, appariteur de l'académie de Paris, est nommé chef du service de l'Ecole pratique annexée à la Faculté de médecine, en remplacement de M. Gautier, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

— M. Artault est chargé des fonctions de préparateur adjoint des travaux pratiques d'histoire naturelle (zoologie), en remplacement de M. Brumauld de Montgazon, démissionnaire.

—Cours libre d'obstétrique comparée suivant les races.—M. le docteur Verrier, préparateur à la Faculté, reprendra son cours le vendredi 4 avril, à une heure et demi, à l'amphithéâtre n° 3, à l'Ecole pratique. Il les continuera les mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Ce semestre sera consacré à l'étude de l'avortement criminel chez les Romains et les différents peuples, de l'avortement spontané et de l'avortement scientifiquement provoqué ainsi que de l'acconchement prématuré. M. Verrier fera aussi l'histoire des déformations et mutilations ethniques pratiquées sur l'enfant.

***

Faculté de médecine de Lille. — Les cours du semestre d'été ont commencé le 15 mars dernier. Outre les cours faits par les ti-

tulaires des chaires magistrales, nous notons des cours auxiliaires, des conférences, des cours annexes, des exercices et travaux pratiques confiés à des agrégés ou à des chargés de cours. L'enseignement théorique et pratique est ainsi largement dispensé à la Faculté de Lille.

— M. Raynal, chef de clinique chirurgicale, est prorogé dans ses fonctions jusqu'à la fin de l'année scolaire 1883-1884.

— Dans sa séance du 25 février dernier, le conseil municipal de Lille a pris une délibération tendant à la création d'une chaire magistrale des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Lille et a voté l'allocation nécessaire à cet effet.

La Faculté, consultée sur l'opportunité de cette création, a émis, dans sa séance du 18 mars, un avis affirmatif.

— Un concours pour un emploi de prosecteur d'anatomie s'ouvrira le lundi 28 avril 1884. Les candidats devront s'inscrire avant le dimanche 20 avril. Durée des fonctions trois ans; traitement annuel 1,200 fr.

Décès notifiés au bureau municipal de statistique de la ville de Paris du vendredi 14 au jeudi 20 mars 1884.

Fièvre typhoïde 31. — Variole 2. — Rougeole 40. — Scarlatine 4. — Coqueluche 13. — Dipthérie, croup 66. — Dysentérie 0. — Erysipèle 6. — Infections puerpérales 8. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 60. — Phthisie pulmonaire 202. — Autres tuberculoses 19. — Autres affections générales 50. — Malformation et débilité des âges extrêmes 50. — Bronchite aiguë 43. — Pneumonie 88. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 40, — au sein et mixte 21. — Inconnu 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 101. — de l'appareil circulatoire 76. — de l'appareil respiratoire 83. — de l'appareil digestif 55. — de l'appareil génito-urinaire 25. — de la peau et du tissu lamineux 2. — des os, articulations et muscles 13. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 31. — Causes non classées 6. — Total de la semaine: 1139 décès.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON.

Thèses de doctorat. — Année scolaire 1882-1883.

13. M. Félix. Recherches sur l'exercice volontaire des organes généraux externes chez l'homme. — 14. M. Marangos. De la résection du coude dans les cas d'ankylose, et en particulier de la résection humérale du coude. — 15. M. Imbert (Gustave). Etude sur la restauration de la lèvre inférieure, suivie de la description d'un nouveau procédé pour refaire le bord libre, au moyen d'un lambeau muqueux en forme de pont. — 16. M. Guérin. Essai chimique sur la taurine et extraction d'une ptomaïne sulfurée de l'urine. — 17. M. Pagès. Contribution à l'étude de la pourriture d'hôpital. — 18. M. Delastre. Contribution à l'étude de la rubéole (Rotbeln des Allemands). — 19. M. Astier. Contribution à l'étude du lathyrisme (Intoxication chronique par les gesses).

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.



GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE ;**
Membres : MM. les Drs **J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN ;**
Secrétaire : M. le Dr **E. RICKLIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** Place Saint-Michel, 4.

CLINIQUE CHIRURGICALE

FISTULES VÉSICO-VAGINALES ET VÉSICO-UTÉRO-VAGINALES. — Leçon de M. le professeur DUBRUEIL à l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier.

Messieurs,

Vous m'avez vu ces jours-ci pratiquer successivement trois opérations sur des malades atteintes de fistules vésico-utéro-vaginales. Comme toujours, c'était à la suite d'accouchements que ces fistules étaient survenues. Chez aucune de ces trois femmes nous n'avons constaté de rétrécissement notable du bassin, et nous avons dû accuser l'impéritie et la négligence des sages-femmes qui assistaient ces malades, et qui, en présence d'une inertie de l'utérus prolongeant outre mesure la durée du travail, se sont bornées à l'expectation ou à l'emploi de moyens illusoires, et n'ont réclamé l'intervention d'un accoucheur que lorsque le mal était déjà fait.

Le mécanisme de la formation de ces fistules, vous le connaissez : la paroi antérieure du conduit que doit parcourir l'enfant pour arriver de l'utérus à la vulve se trouve, dans les accouchements par le vertex, comprimée entre la face postérieure de la symphyse et le crâne. Je vous ferai observer en passant que les fistules qui nous occupent ne se produisent que dans les présentations du vertex, et je ne crois pas qu'on en ait jamais observé dans les présentations de la face, encore moins dans celles du siége. La raison de cette particularité est facile à comprendre. Pour que les tissus subissent une compression qui arrive à les mortifier, il faut qu'ils soient placés entre deux surfaces résistantes et dures. La partie postérieure du pubis représente bien toujours une de ces surfaces, mais l'autre, nous ne la trouvons que dans les présentations du crâne. La face, le siège, ne constituent pas des agents compressifs assez résistants pour produire la mortification.

C'est quelques jours après l'accouchement, alors que les eschares se détachent, que l'on constate l'existence de la fistule. Cette solution de continuité, qui affecte des proportions variables, n'intéresse le plus souvent que la vessie et le vagin; dans quelques cas, la lèvre antérieure du col est comprise dans la perte de substance. Rarement l'urèthre, plus rarement encore l'uretère, ont été atteints par la mortification.

Il serait facile de réunir un certain nombre de cas de fistules vésico-vaginales peu étendues qui ont guéri spontanément au bout de quelque temps, et M. le professeur agrégé Serres me citait, il y a peu de temps, le fait d'une femme qui, atteinte d'une large fistule vésico-vaginale, avait vu, au bout d'un an environ et en dehors de tout traitement, les urines cesser de s'écouler par le vagin, cessation qui était le résultat du développement de brides cicatricielles étendues qui avaient à peu près oblitéré ce conduit.

FEUILLETON

DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

I. Des idées et connaissances médicales chez les Celtes, par L. Ernault. Rennes, 1883, 27 pages in-8. — II. Exposé des principaux passages contenus dans le *Si-yuen-lu*, par Ern. Martin. Paris, Leroux, 1884, in-8. — III. Du sang considéré comme aliment. Etude critique sur un point de l'hygiène israélite. — IV. Histoire et origine de la corporation des chirurgiens et apothicaires d'Andenarde, dite des SS. Cosme et Damien, par L. Créteur. Bruxelles, 1882, in-8.

I. Dans sa notice fort attrayante à lire, M. Ernault esquisse les principaux chapitres d'un ouvrage intéressant qui manque encore et, quoiqu'il s'en défende, il faut souhaiter qu'il l'entreprenne.

Pour plus de simplicité, autant que par conviction scientifique, l'auteur identifie les Celtes avec les Gaulois. C'est le seul reproche que j'ose lui adresser. Il pense qu'ils (disons les Gaulois) étaient aussi superstitieux que le sont les peuples primitifs. César, qui l'a écrit, a dit aussi qu'Apollon passait chez eux pour chasser les maladies; mais Apollon chez les Gaulois ne manque pas de causer quelque étonnement, n'en déplaise à César. Il s'agit sans doute de quelque Apollon de contrebande, les Romains n'ayant trouvé d'autre Apollon en Gaule que celui qu'ils y ont introduit. Le culte des eaux, considérées comme guérissant les maladies, est chez les Gaulois, ainsi que l'a remarqué M. Ernault, beaucoup plus certain, qu'il soit exotique ou non, et l'influence des eaux miraculeuses n'est pas disparue de la Gaule d'aujourd'hui. Après l'eau, le feu. En Bretagne, les petits enfants que l'on passe au-dessus des feux de la Saint-Jean deviendront forts et robustes. Les incantations auraient été également connues en Gaule, si l'on en croit Grimm et Pictet. Les amulettes sont plus certaines. L'on en trouve à chaque instant dans les sépultures gauloises, en pierre, en os, dents d'hommes ou d'animaux, en rondelles crâniennes, c'est-à-dire provenant de crânes trépanés, soit par une trépanation faite sur le vivant, soit par une trépanation *post mortem*. Le *modus operandi* de ces opérations chirurgicales est aujourd'hui bien connu, grâce surtout aux expériences de Broca. Il n'est pas inutile de remarquer que les rondelles crâniennes employées comme amulettes

Mais, il faut malheureusemeot le reconnaître, ces cures spontanées sont exceptionnelles, et on ne peut guère oompter ponr guérir les malades qne sur l'intervention chirurgicale.

Cette intervention, qnelqne désir qu'aient les malades de se débarrasser le plns tôt possible de leur infirmité, doit être différée tout au moins jusqu'à l'entière cessation de la période pnerpérale. D'une façon générale, il est bon d'attendre six mois après l'acconchement avant de rien tenter. A cette époque, le travail cicatriciel est parachevé et on n'a plns rien à attendre de la nature ni pour obturer, ni pour rétrécir la fistule.

Avant d'opérer, on est parfois obligé de remédier à certaines complications.

Je ne parle que pour mémoire de l'érythème des cuisses et des fesses produit par le contact de l'urine; mais il se produit quelquefois sur les bords de la fistule et sur les parois du vagin des concrétions calcaires qui les tapissent et s'opposent à l'opération.

J'ai eu l'occasion de voir un cas de ce genre des plus prononcés sur une malade de mon service, alors que je faisais un intérim à l'hôpital Beaujon.

Le vagin était tout entier tapissé de concrétions que l'analyse chimique démontra être formées de carbonate de chaux. Pour combattre cet état, j'employai des badigeonnages vaginaux avec une solution étendue d'acide chlorhydrique et l'ingestion de boissons acides.

Le traitement des fistules vésico-vaginales par la méthode américaine constitue incontestablement un des grands progrès que la thérapeutique chirurgicale ait réalisés à notre époque.

J'ai pu voir ce qu'était la cure de ces fistules avant cette méthode, et je puis vous affirmer que les guérisons étaient infiniment rares. Un seul homme, Jobert (de Lamballe), s'était fait une sorte de spécialité de ces opérations. J'ai été externe dans son service, pendant un an; j'ai pu examiner de pres ses opérées, et je vous assure que les succès qu'il obtenait étaient bien clairsemés au milieu des insuccès.

Aujourd'hui il n'en est plus ainsi. Grâce à la méthode américaine, aux travaux de Bozeman, de Sims, tous les chirurgiens peuvent venir à bout d'une fistule vésico-vaginale qui se présente dans des conditions passables. Une première opération ne suffira pas toujours; on en fera une seconde, une troisième s'il le faut. Qn'importe, pourvu que l'on arrive à débarrasser la femme de sa pénible infirmité?

La partie fondamentale de la méthode américaine, la voici:

1o Aviver largement la paroi vaginale, sans intéresser la vessie, et arriver de cette façon à pouvoir affronter des surfaces et non des bords;

2o Placer les fils de telle sorte qu'ils ne pénètrent pas dans la vessie, ce qui permet d'éviter les petites fistules consécutives à leur pénétration dans ce réservoir;

3o Laisser une sonde à demeure.

Depuis quelques années, on a apporté au mode opératoire une modification assez importante, qui consiste à aviver les tissus avec le cautère actuel ou les caustiques et à les affronter lorsque les bourgeons charnns se sont développés.

C'est la réunion primitive secondaire, la méthode italienne, qui a été préconisée entre autres par le professeur Verneuil. Je ne l'ai jamais employée et je n'ai aucune expérience à ce sujet.

Mais je laisse là les généralités pour en revenir à nos trois malades. Chez l'nne, une jenne femme de dix-neuf ans, la perte de substance était énorme; elle comprenait tout le basfond de la vessie et la partie postérieure de l'urètbre. Il était impossible de songer à une opération autoplastique. J'ai donc dû recourir à cette opération très défectnense qui consiste à aviver très brièvement la muqueuse vaginale, derrière la vulve, à réunir les surfaces avivées au moyen de la suture entrecoupée pratiquée avec des fils d'argent, puis à placer à demeure une sonde dans la vessie. Je viens de qualifier cette opération de très défectueuse; elle l'est, parce qu'elle réussit rarement du premier coup, et, en second lieu, parce que, lors même qu'elle réussit, elle laisse la femme dans un état pénible. La copnlation est snpprimée.

Le sang des règles se mélange à l'urine et n'a d'autre issue que l'urèthre; de là des souffrances lors de la période menstruelle.

En outre, le vagin, ainsi transformé en réservoir urinaire, ce ponrquoi il n'a pas été fait, est le siège d'nne snbinflammation chronique qui ne laisse pas que d'être l'origine de quelques douleurs. Les femmes chez lesquelles on a ainsi pratiqué l'occlusion du vagin à sa partie antérieure, l'élytroraphie antérieure, sont exposées à la formation de concrétions calculeuses déposées par l'urine qui stagne toujours plus on moins dans le

---

étaient presque toujours détachées de crânes de sujets trépanés pendant leur vie, ce qni laisse supposer que la trépanation, quand elle n'était pas faite à la suite de blessure du crâne, avait pour but de débarrasser le malade de quelque mauvais esprit auquel on attribuait en ce temps-là les maladies nerveuses à accès convulsifs, l'épilepsie, la chorée, etc.

Les Gaulois connaissaient quelques plantes. Ils avaient des médecins : les druides, un peu sorciers aussi, s'il faut en croire Pline. L'on pense qu'ils emmenaient avec eux des médecins militaires. A part la trépanation, nous ne savons pas grand'chose de leur chirurgie, sauf cependant que le héros fabuleux Nuadu, ayant perdu la main dans un combat, se fit faire une main d'argent, ce qui indique une prothèse déjà avancée. Mais ce ne sont là que des mythes irlandais. M. Ernault, qui les connaît bien, fera une œuvre excellente en les dépouillant complètement au profit d'un chapitre de l'histoire de la médecine encore dans l'ombre.

II. M. le docteur Ern. Martin, qui a vécu en Chine et a pn observer dans tous leurs détails les mœurs et contumes chinoises, a déjà publié une série d'intéressantes monographies sur l'histoire naturelle, l'hygiène publique et la médecine dans ce vaste empire. Celle qu'il nous donne aujourd'hui n'est pas au-dessous de ses aînées, bien au contraire.

Le *Si-yuen-lu*, d'après l'auteur, est une sorte de compendium de médecine légale et de jurisprudence médicale dont se servent encore les magistrats de la Chine pour la découverte des crimes, la vérification des décès de mort violente, etc. Il aurait été composé vers 1248, d'après les docnments épars dans divers traités de législation, par un médecin célèbre, Sung-tze. Il serait donc de beaucoup antérieur aux ouvrages analogues publiés en Europe, si l'on veut le comparer à des livres imprimés, car il ne fandrait pas oublier que les Romains ont codifié et légiféré de bonne heure des lois et décrets sur l'hygiène publique et la médecine légale. Enfin il est une arme puissante entre les mains des magistrats; les prévenus en ayant peur, sont disposés à l'aveu dès qu'ils sont menacés des épreuves qu'il comporte. Le *Si-yuen-lu* est divisé aujourd'hui en cinq livres.

Le premier contient des observations générales sur les expertises, l'examen des locaux, celui de l'extérieur dn corps du malade, son lavage et l'exposition aux vapeurs d'un feu de bois, arrosé

vagin. J'ai eu à traiter avec mon collègue et ami le docteur Gayraud une malade à laquelle le professeur Courty avait pratiqué avec succès l'élytrorraphie antérieure pour une large fistule vésico-vaginale. Cette femme avait été consécutivement atteinte d'un calcul qui se présentait dans les conditions suivantes : il était bilobé, à grand axe vertical ; le lobe supérieur était logé dans la vessie, l'inférieur dans le vagin ; la partie moyenne étranglée correspondait à la fistule, et l'orifice fistuleux était serré sur cette portion rétrécie, de telle sorte que le calcul se trouvait très solidement fixé. Pour en venir à bout, nous dûmes pratiquer la taille uréthrale et, avec un histouri boutonné, aller débrider l'orifice fistuleux ; nous pûmes ainsi extraire le calcul. L'opérée succomba avec des phénomènes de pyohémie.

Chez la malade qui est dans nos salles, la tentative d'élytrorraphie a complètement échoué, et tout est à refaire.

Quant aux deux autres femmes qui font le sujet de notre conférence et dont l'une avait déjà subi inutilement deux opérations pratiquées par le professeur Courty et par moi, leur état était à peu près identique. La fistule intéressait à la fois le vagin et le col de l'utérus dont la lèvre antérieure était en grande partie détruite. La méthode classique, en pareil cas, c'est d'aviver le bord antérieur de la fistule fermé par le vagin, d'aviver d'autre part la lèvre postérieure du col et de réunir ces deux surfaces.

Ce *modus faciendi*, qui inclut l'orifice utérin dans la vessie, inconvénient inévitable, a en outre cela de défectueux qu'il met en contact deux tissus de texture différente, la paroi vaginale et le col, ce qui est une mauvaise condition pour obtenir la réunion immédiate.

Chez ces deux malades, la lèvre postérieure du col était atrophiée, réduite à de si minimes proportions qu'il me parut très difficile de l'utiliser. Je pratiquai donc une élytrorraphie postérieure, c'est-à-dire que j'avivai d'une part la lèvre antérieure de la fistule, formée par la paroi vaginale, et d'autre part la paroi postérieure du vagin, immédiatement en arrière du col, et je réunis ces deux surfaces par une suture entrecoupée.

Chez la première opérée, j'ai obtenu un succès complet; mais, chez la seconde, il est survenu une péritonite mortelle. A l'autopsie, nous avons trouvé une inflammation généralisée du péritoine, et nous avons constaté l'existence d'un orifice du calibre d'une plume d'oie faisant communiquer le cul-de-sac recto-utérin avec la portion du vagin qui se trouvait en arrière de la fistule. Ce cloaque vaginal et le cul-de-sac péritonéal contenaient une quantité notable de pus. Chez cette malheureuse femme, la sonde laissée à demeure avait fort imparfaitement fonctionné, les orifices multiples qui sur ces sondes remplacent les yeux avaient été obstrués par du sang. Il en est résulté que l'urine avait séjourné dans la vessie et le cloaque vaginal. Ce dernier s'était enflammé, avait suppuré, et comme la suture avait résisté et maintenu les parois exactement accolées, il s'était distendu outre mesure. A un moment donné, il était survenu une perforation au niveau de la paroi postérieure du vagin, dans la partie qui est tapissée par le péritoine. De là la péritonite et la mort.

De ces deux faits on peut conclure que si l'élytrorraphie postérieure est en somme, dans certains cas donnés, une bonne opération, elle nécessite une surveillance exacte, et qu'en pareil cas il est urgent de s'assurer que la sonde fonctionne bien.

PHYSIOLOGIE

NOTE SUR LES PHÉNOMÈNES D'ARRÊT, par M. BEAUNIS, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Nancy.

J'ai, dans une note précédente(1), étudié la forme de la contraction musculaire réflexe et montré les différences qui la séparent de la contraction musculaire directe. Dans le cours des recherches que j'ai entreprises sur ce sujet, j'ai rencontré un certain nombre d'exemples d'actions d'arrêt et j'ai été conduit à rattacher à ces actions d'arrêt les différences de forme des deux contractions ; c'est ce que j'ai cru pouvoir formuler ainsi dans les notes que j'ai adressées à l'Académie des sciences et à la Société de biologie: *La contraction musculaire réflexe n'est qu'une contraction directe modifiée par des actions d'arrêt.*

Mes recherches, qui n'avaient d'abord pour objet que la *forme* de la contraction musculaire, se sont trouvées singuliè-

(1) *Note sur la forme de la contraction musculaire réflexe* (GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, nos 50, 51 et 52. 1883).

avec du vin de riz ou de miel, procédé qui permet, paraît-il, d'apercevoir nettement les meurtrissures, soit sur les chairs, soit sur les os. D'après les anatomistes chinois, le squelette se composerait de 365 os, ceux de l'homme étant d'une coloration plus foncée que ceux de la femme. Le procédé employé pour reconnaître si l'accusé est parent de la victime, est original. Exemple : le fils ou la fille se fait une piqûre au doigt, et quelques gouttes doivent tomber sur l'os du cadavre. Si le sang pénètre dans l'intérieur de l'os, c'est qu'il y a parenté. Lorsque le corps de la victime a été brûlé, il suffira de répandre sur le sol, où l'on suppose qu'il a été brûlé, des graines de lin ; les graines se gonflent, l'huile en sort et pénètre peu à peu dans la terre, mais en formant des contours qui reproduisent la forme de la victime. Le moyen de découvrir qu'un avortement est dû à des manœuvres abortives n'est pas moins singulier : il s'agit d'introduire du mercure dans les parties génitales de la femme ; il y a eu manœuvres lorsque le mercure se ternit ! Bref, il y a un peu de tout dans ce premier livre. L'on peut reconnaître le sexe d'un enfant dans le sein maternel par le phénomène suivant : à sept mois, la main droite remue à gauche quand c'est un garçon ; après le huitième mois, la main gauche remue à droite quand c'est une fille. L'on y trouve aussi plusieurs faits d'expulsion spontanée du fœtus après la mort de la mère.

Le livre II est consacré à l'exposé de la manière dont doivent se faire les descentes de justice et les examens juridiques, aux divers modes de suicide, et il ne néglige pas, il faut le dire, les instructions nécessaires pour rappeler le suicidé à la vie, lorsqu'il n'est pas tout à fait mort. Il passe successivement en revue la manière dont le corps de l'homme tombe dans un puits, soit accidentellement, soit volontairement, soit à la suite d'un meurtre ; si un coup ou une blessure a été faite pendant la vie, ou après la mort, etc., etc.

Le livre III est consacré aux divers genres de mort, à la suite de l'ivresse, par écrasement, par morsure d'animaux, par immersion, etc. Le moyen de reconnaître l'empoisonnement est piquant. On met du riz en bouillie dans la bouche du mort, et on le donne à un chien. Si l'animal meurt, c'est qu'il y a eu empoisonnement. L'indication des substances vénéneuses termine ce livre.

Le livre IV est également relatif aux empoisonnements.

Le livre V aux dispositions et au mobilier des salles d'autopsie et à des notions d'anatomie à l'usage des experts.

rement élargies par l'intervention de ces phénomènes d'arrêt, et j'ai été amené ainsi, presque sans le vouloir, à les étudier d'une façon spéciale. C'est le résultat de ces recherches et des réflexions qu'elles m'ont suggérées qui se trouve consigné dans cette nouvelle note.

Je voudrais, dans ce travail, donner une idée générale de ces actions d'arrêt et montrer, en me basant soit sur mes expériences, soit sur les expériences antérieures, le rôle que jouent ces phénomènes d'arrêt dans la physiologie de l'innervation; j'essaierai aussi d'indiquer à grands traits l'application qui peut être faite de ces phénomènes à la médecine et à la psychologie.

Je ne me dissimule pas que cette étude est remplie de difficultés. Malgré les nombreuses recherches faites sur ce sujet et quoique les travaux récents de Wundt et de Brown-Séquard y aient fait entrer un peu de lumière et aient ouvert des horizons nouveaux, les actions d'arrêt représentent encore une des parties les plus obscures de la physiologie. C'est une raison peut-être pour accueillir avec faveur une tentative qui a pour but de mettre un peu d'ordre dans une question encore si mal connue.

Je commencerai d'abord par rappeler les formes principales de ces actions d'arrêt et leurs diverses manifestations, en ne m'occupant pour le moment que des phénomènes de mouvement et plus spécialement des phénomènes réflexes. Ces formes peuvent se rattacher aux catégories suivantes, qui constituent une sorte de classification des phénomènes d'arrêt. Dans tous ces cas, au lieu du mouvement qui succède d'ordinaire à une excitation, on a une action d'arrêt.

1o *Il peut y avoir interruption d'un mouvement commencé ou en cours d'exécution, que ce mouvement soit volontaire, automatique ou réflexe.* Les faits de ce genre sont tellement connus que je crois inutile d'y insister. La terreur clouera un homme au sol et l'empêchera de fuir le danger qui le menace; une forte émotion peut suspendre une inspiration commencée; un sifflement doux fait cesser le ronflement d'un dormeur et modifie momentanément son rythme respiratoire, etc., etc. Les exemples abondent et l'on n'a que l'embarras du choix. Ces actions d'arrêt s'exercent aussi bien dans le domaine pathologique que dans le domaine physiologique et la thérapeutique médicale les emploie journellement. Quelques gouttes d'eau jetées à la figure, l'odeur d'une plume brûlée, la compression de l'ovaire feront disparaître une attaque de nerfs. Le même effet se produit aussi, même dans les cas de contractions anciennes et permanentes. Ainsi les contractures des hystériques peuvent cesser par l'irritation du tendon du muscle contracturé (Richet, *Physiologie des muscles et des nerfs*, p. 472), par l'immersion dans l'eau froide, etc. La simple suggestion, telle que celle qu'on produit dans l'état hypnotique, a suffi pour guérir définitivement des contractures hystériques anciennes et qui avaient résisté à tous les moyens ordinaires.

2o *Le mouvement en cours d'exécution peut, au lieu d'être interrompu tout à fait, être simplement affaibli ou diminué dans son intensité, sa vitesse ou sa durée.* Ce cas rentre en partie dans le précédent et n'a pas besoin d'autre développement. Il n'y a là qu'une différence de degré.

3o *Le mouvement n'est pas empêché, mais il peut être simplement retardé dans son apparition.* Ici il peut se présenter deux cas :

a. *Ou bien le mouvement se produit pendant que l'excitation qui le détermine continue à se faire.* Ainsi je suppose qu'on emploie une excitation tétanisante (une série de chocs d'induction par exemple) appliquée sur un nerf sensitif ou sur la peau; la contraction réflexe, au lieu de se produire, comme d'habitude, immédiatement après le début de l'excitation, ne se produit qu'après un temps plus ou moins long. Il est bien entendu que, dans ces expériences, il faut se mettre en garde contre les phénomènes d'*addition latente* et employer d'emblée des excitations d'intensité suffisante pour être efficaces dans les conditions ordinaires. Habituellement, ce cas se combine avec le précédent, en ce sens que la contraction, en même temps qu'elle est retardée, se trouve aussi affaiblie. Quelquefois cependant il arrive que les contractions sont d'autant plus violentes que leur retard est plus prononcé.

b. *Ou bien le mouvement se produit après la cessation de l'excitation.* Ce cas, qui se présente fréquemment, est très intéressant et mérite toute l'attention de l'expérimentateur. Bien souvent en effet on serait tenté de prendre le mouvement produit pour un mouvement volontaire ou spontané, et je m'y étais trompé moi-même dans les premiers temps. L'erreur est d'autant plus facile que la forme de ces contractions est absolument identique à celle des contractions qu'on peut considérer comme volontaires. Mais avec un peu d'attention on se con-

---

M. Ern. Martin a fait suivre son travail d'un certain nombre de notes instructives sur le code pénal et les châtiments, les exécutions capitales, le suicide, l'avortement, la responsabilité médicale, article dans lequel il rapporte que les médecins de la cour, membres de l'Académie de médecine de Pékin, qui soignèrent l'impératrice morte en 1881, furent par décret privés de leur globule de saphir (bouton de troisième classe), pour avoir laissé mourir leur malade.

(A suivre.)

Dr A. Dureau.

La Société française de tempérance, association contre l'abus des boissons alcooliques (reconnue d'utilité publique par décret du 5 février 1880), tiendra sa séance solennelle sous la présidence de M. le docteur Jules Bergeron, membre de l'Académie de médecine, le dimanche 6 avril 1884, à trois heures précises du soir, à l'hôtel de la Société d'horticulture, rue de Grenelle, 84.

Ordre du jour :

1. Allocution de M. le docteur Jules Bergeron, président.
2. Rapport sur la situation morale et financière de l'œuvre, par M. Lunier, secrétaire général.
3. Rapport présenté au nom de la première commission des prix, par M. Decaisne.
4. Rapport présenté au nom de la troisième commission des prix, par M. Gibert.
5. Rapport sur les récompenses à décerner en 1884, par M. Van den Dorpel.

***

Société française d'otologie et de laryngologie. — Cette Société se réunira en séance générale le mercredi 7 avril à huit heures du soir et le jeudi 10 avril à une heure de l'après-midi, à la mairie du premier arrondissement (place Saint-Germain-l'Auxerrois, près du Louvre).

***

Corps de santé de la marine. — Par décret, en date du 30 mars 1884, M. Catelau (Jules-Aimé-Antoine), médecin de première classe, est promu au grade de médecin principal (deuxième tour, choix).

vainct facilement que cette contraction consécutive est sous la dépendance directe de l'excitation. Il faut noter, en outre, que la contraction est bien réellement produite par la cessation de l'excitation tétanisante; c'est cette cessation qui en est la cause déterminante.

L'expérience suivante donne un exemple très net de ces *contractions consécutives*. Je détruis chez une grenouille le cerveau (hémisphères et tubercules bijumeaux) avec le scalpel et un stylet mousse; l'hémorrhagie est insignifiante. Le nerf sciatique *droit* est mis à nu et placé sur les électrodes et ce nerf est excité par des courants *constants* interrompus tétanisants. Tant que j'excite ce nerf, il n'y a pas de contraction réflexe dans les muscles de la patte *gauche*; mais dès que je cesse l'excitation il se fait un mouvement d'écartement des orteils de la patte gauche, mouvement très régulier. Ce mouvement cesse dès que je recommence à exciter et reprend dès que je cesse l'excitation, et cela plusieurs fois de suite. Le courant était fourni par quatre éléments de pile et le nombre des excitations était de 10,5 par seconde. Il ne pouvait s'agir dans ce cas d'actions d'induction unipolaire.

Il peut se faire que l'excitation intermittente produise à la fois des contractions pendant l'excitation et des contractions après la cessation de l'excitation, et j'ai eu occasion de constater le fait plusieurs fois.

Je serais porté à croire que ces contractions consécutives ont été souvent prises pour des contractions volontaires. C'est ainsi que les graphiques donnés par Ch. Richet (*loc. cit.*, fig. 98, 99 et 100) me paraissent rentrer dans cette catégorie, quoique l'auteur les considère comme des tracés de mouvements volontaires. Quelquefois, en effet, elles se produisent assez longtemps après la cessation de l'excitation (*contractions tardives*), ce qui rend plus facile encore la confusion avec un mouvement volontaire. Il faut remarquer aussi que ces contractions consécutives se montrent non seulement après la cessation de l'excitation électrique, mais encore *après la cessation d'excitations purement mécaniques*, telles que les frottements, les percussions, les piqûres, etc.

Quelle est la signification de ces faits et comment doit-on les interpréter? Il me paraît difficile d'y voir autre chose que des actions d'arrêt. Il semble qu'au moment où une excitation est appliquée sur un nerf, une partie seulement de cette excitation soit *dégagée* et employée à produire la secousse musculaire réflexe, tandis que l'autre partie reste dans le nerf à l'état d'*énergie latente* ou de *réserve d'excitation*, contrebalancée qu'elle est par les influences d'arrêt. A chaque excitation nouvelle, une nouvelle quantité d'énergie latente vient s'ajouter aux précédentes et augmenter la réserve d'excitation; cette énergie latente ainsi accumulée représente une certaine somme de forces de tension équilibrées et annulées par les actions d'arrêt qui se produisent à chaque excitation. Alors, au moment où ces actions d'arrêt cessent de se produire par la cessation même des excitations, ces forces de tension se dégagent et la contraction consécutive a lieu. Si les actions d'arrêt sont plus faibles, la contraction se produit *avant* la cessation de l'excitation tétanisante.

4° *Les actions d'arrêt peuvent empêcher un mouvement de se produire.* Il y a là évidemment une difficulté. Quand on excite un nerf dans le but de déterminer une contraction musculaire et que la contraction attendue ne se produit pas, on n'est pas en droit pour cela d'attribuer cette absence de mouvement à une influence d'arrêt. Elle peut tenir en effet à d'autres causes, à une diminution d'excitabilité par exemple ou à une condition expérimentale particulière. Il est cependant des cas dans lesquels le doute n'est pas possible et dans lesquels il s'agit bien évidemment d'actions d'arrêt. C'est ainsi que la frayeur pourra empêcher un mouvement *voulu*, nécessaire même pour le salut de l'individu. Lewison a produit chez le lapin des paralysies réflexes des extrémités postérieures par la contusion des viscères abdominaux. Chez la grenouille, on observe des faits analogues; je n'ai pas constaté chez elle, il est vrai, de paralysies permanentes; mais j'ai vu souvent des paralysies temporaires, générales ou partielles, à la suite d'excitations sensitives, en un mot de véritables paralysies réflexes d'inhibition. Ch. Richet a mentionné des faits analogues dans la séance de la Société de biologie du 7 juillet 1883. Il ne serait pas difficile de trouver des cas semblables chez l'homme. Ce qu'on appelle *choc* en chirurgie n'est probablement pas autre chose qu'un phénomène du même ordre, mais avec une généralisation et une intensité exceptionnelles. Un certain nombre de paralysies observées en médecine rentrent évidemment dans cette catégorie et sont dues à la prédominance des actions d'arrêt sous l'influence d'une excitation.

C'est à un fait du même genre qu'il faut rattacher ce qu'on observe dans les expériences mentionnées précédemment sur la contraction réflexe. Quand on applique sur un nerf mixte une excitation faible, un courant électrique par exemple, on obtient, si l'excitation est juste *suffisante*, une contraction *directe*, mais la contraction *réflexe* ne se produit pas; elle n'a lieu que si on augmente l'intensité de l'excitation. A quelle cause rattacher ce phénomène? On pourrait être tenté d'invoquer l'excitabilité moindre des nerfs sensitifs; mais cette opinion a contre elle les fait expérimentaux, les nerfs sensitifs étant au contraire plus excitables que les nerfs moteurs. Il ne peut s'agir non plus d'une *perte* due à la transmission par une longueur plus grande de nerf. Il ne reste donc plus qu'une cause à invoquer, et cette cause, ce sont précisément ces actions d'arrêt.

5° *Les actions d'arrêt peuvent modifier la forme de la contraction.* La forme de la contraction dépend de son amplitude et de sa vitesse et des modifications de cette vitesse et de cette amplitude à chaque instant de la contraction. Or ces modifications, comme on l'a vu plus haut, peuvent être produites par des actions d'arrêt. Il me paraît difficile d'expliquer autrement les formes variables et multiples de la contraction et du tétanos réflexes. Lorsqu'on voit une excitation tétanisante produire, au lieu de la courbe pure et régulière du tétanos classique, une courbe inégale comme amplitude et variable comme forme, on est bien obligé d'admettre qu'à certains moments l'excitation tétanisante se trouve annulée, contrebalancée, en tout ou en partie, par une cause agissant en sens contraire, et quel autre nom donner à cette cause que le nom d'action d'arrêt ou d'inhibition?

Dans cette théorie, tous les faits s'expliquent d'eux-mêmes et s'enchaînent facilement. C'est ainsi que, comme on l'a vu plus haut, pour un certain degré d'excitation, la contraction réflexe ne se produit pas; dans ce cas, elle est enrayée totalement par les actions d'arrêt. Pour un degré d'excitation plus fort, mais faible encore, les influences d'arrêt ne suffisent plus pour contre-balancer les actions motrices déjà plus puissantes, et la contraction réflexe se produit, quoique peu intense encore; puis à mesure que l'excitation augmente de force, les influences motrices prédominent de plus en plus et la contraction réflexe,

augmentant toujours d'intensité, se rapproche de plus en plus de la contraction directe, de façon qu'on peut obtenir tous les degrés de transition. Mais n'y a-t-il pas là toujours la même cause, c'est-à-dire cette influence d'arrêt qui peut, soit empêcher la contraction réflexe, soit, quand elle n'est pas assez puissante, en modifier simplement les caractères? Et n'est-on pas en droit de dire, comme j'ai cru pouvoir le faire, que *la contraction réflexe n'est qu'une contraction directe modifiée par des actions d'arrêt?*

6o *Les actions d'arrêt peuvent diminuer l'excitabilité motrice de la substance nerveuse.* Cette diminution d'excitabilité peut s'observer aussi bien sur les centres nerveux que sur les nerfs périphériques. Le fait a déjà été mentionné, en particulier par Brown-Séquard. J'ai constaté moi-même plusieurs fois une diminution d'excitabilité motrice d'une moitié de la moelle sous l'influence de la préparation des nerfs de la patte du même côté. Pour les nerfs périphériques, les expériences de Wundt et de Richet parlent dans le même sens.

7o *Il peut se produire, au lieu d'un raccourcissement, un allongement réflexe du muscle sous l'influence d'une excitation.*—Ces faits n'ont pas été étudiés jusqu'ici, à ma connaissance du moins; car l'allongement admis par Gad au début de la contraction musculaire est un phénomène d'un tout autre ordre. J'ai constaté ce fait dans une expérience dont je donnerai le résumé à cause de l'importance théorique qu'elle présente. Une grenouille à cerveau intact est préparée de la façon ordinaire sur la planchette du myographe; le tendon du gastro-cnémien *gauche* est attaché au levier du myographe; les électrodes métalliques sont recouvertes de fragments d'éponge imbibés d'eau salée et appliquées sur la membrane natatoire de la patte *droite*. Je fais passer alors les courants tétanisants de l'appareil de Du Bois-Reymond avec une intensité moyenne. Au moment de l'excitation, ou plutôt un peu après son début, il ne se produit rien autre chose qu'un très léger *allongement* du gastro-cnémien gauche, bien visible sur le tracé; puis, au moment de la cessation de l'excitation, ou mieux un peu après, on a une violente secousse réflexe. Avec l'extra-courant, le même fait se reproduisit, mais une seule fois, tandis qu'il était constant avec les courants induits. Il me semble que l'interprétation de ces phénomènes est la suivante. A l'état normal, les muscles sont toujours dans un certain degré de tension (*tonicité musculaire*) qui n'est autre chose qu'une contraction légère, permanente, due probablement à l'excitation incessante des cellules motrices de la moelle par les nerfs sensitifs. Sous l'influence de l'excitation électrique de la peau, les actions motrices et les actions d'arrêt sont mises en jeu à la fois; mais ces dernières prédominant dans le cas actuel, sous des causes encore indéterminées, on a une diminution d'activité des centres moteurs et le relâchement du muscle dont la tonicité se trouve momentanément abolie.

Telles sont, en se basant sur l'examen des faits, les sept catégories dans lesquelles on peut faire rentrer, au moins jusqu'à nouvel ordre, les phénomènes d'arrêt, en tant qu'il s'agit de phénomènes de mouvement.

Etudions maintenant leurs caractères généraux en nous arrêtant spécialement sur les points les plus importants.

(A suivre.)

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Tumeur kystique développée dans la région iliaque gauche. — Ponction. — Récidive apparente. — Congestion pulmonaire. — Mort. — Autopsie. — Kyste multiloculaire de l'ovaire droit, ayant déterminé la torsion de l'utérus sur son axe. — Atrophie de la poche ponctionnée, par M. Paul Berthon.

Juliette Aud..., âgée de 29 ans, couturière, entre le 19 janvier 1884 à la Pitié, salle Gerdy, no 24.

C'est une femme petite, brune, de bonne constitution; elle affirme n'avoir jamais été malade; est réglée depuis l'âge de 16 ans et n'a jamais eu d'enfants.

Il y a trois ans, et sans cause appréciable, se montrèrent des pertes tantôt blanches, tantôt rouges, qui durèrent un an environ, en même temps que se développait dans le flanc gauche une tumeur s'accompagnant de douleurs dans la région iliaque gauche, douleurs irradiées jusque dans la cuisse du même côté et augmentant peu à peu de volume, si bien que le 14 février 1883 la malade entrait dans le service de M. Empis, où fut porté le diagnostic de tumeur ovarienne et institué un traitement par les résolutifs (bains, cataplasmes, emplâtres de ciguë). Néanmoins la tumeur grossissait de plus en plus. Une ponction est pratiquée à la fin d'octobre au niveau du flanc gauche et donne issue à un litre et demi environ (d'après la malade) d'un liquide épais, visqueux, de couleur chocolat et contenant des paillettes brillantes. Le ventre tombe immédiatement après la ponction, mais bientôt après il recommençait à grossir, et le 19 janvier 1884 M. Empis adressait la malade à M. le docteur Polaillon.

20 janvier. — L'état général est bon. Les appareils circulatoire, respiratoire et digestif fonctionnent normalement. Ni sucre ni albumine dans les urines. La malade se plaint seulement d'éprouver dans le flanc gauche une douleur assez vive et de perdre un peu de sang.

L'abdomen, asymétriquement développé, est plus saillant du côté gauche; pas de varicosités de la paroi.

Par la palpation, on sent dans la fosse iliaque gauche et jusque dans le flanc gauche une tumeur arrondie, fluctuante, ayant les dimensions d'une très grosse orange, sans ascite, sans œdème des membres inférieurs; cette tumeur plonge dans le petit bassin.

Au toucher vaginal, le col paraît gros, ramolli, presque immobile; les culs-de-sac, peu profonds, sont libres, sauf à gauche où l'on perçoit profondément une tumeur arrondie, en continuation manifeste avec la tumeur de la région iliaque et qui paraît développée aux dépens de l'ovaire gauche.

Au spéculum, le col paraît violacé; l'orifice externe n'est point dilacéré. Le cathéter utérin s'enfonce à six centimètres et demi; le manche n'en paraît point dévié.

Le diagnostic porté est kyste développé aux dépens de l'ovaire gauche, avec métrite du col.

Traitement. — Repos absolu, toniques, cataplasmes laudanisés sur le ventre, injections vaginales de chloral au 1/100.

21. — Le ventre est toujours douloureux. Amygdalite légère; gargarismes au chlorate de potasse; même traitement.

26 soir. — La malade se plaint de souffrir violemment des reins; vomissements bilieux, diarrhée. T. 38o,2. Les urines sont chargées et albumineuses.

27 matin. — Même état : 38o.

27 soir. — Apparition de petites taches rosées punctiformes sur le dos du pied et de la main; larmoiement; quelques râles dans la poitrine; 38o,4.

28 matin. —L'éruption s'est accentuée; elle est constituée par de petites taches rosées, disparaissant à la pression, et a envahi les membres surtout au niveau du coude et du genou, côté de l'extension. Le faciès est profondément altéré. A peine quelques taches sur le visage, le thorax et l'abdomen. T. 39o.

Râles fins dans toute l'étendue des deux poumons; frottements à droite.

Flots d'albumine dans les urines.

28 soir. — T. 39°,3.

29. — Aggravation des symptômes. Congestion pulmonaire double, pleurésie sèche à droite, diarrhée.

L'éruption ne sort pas. T. 38o,2.

Ventouses sèches sur la poitrine, cordiaux.

29 soir. — Adynamie. Mort à onze heures du soir.

Autopsie pratiquée trente-trois heures après la mort.

L'éruption a complètement disparu.

Thorax. — Le poumon droit est relié à la paroi costale dans toute son étendue par des adhérences molles, de date récente, faciles à déchirer, réunissant aussi les lobes entre eux.

Les adhérences manquent au niveau du diaphragme.

Rien de semblable à gauche.

Congestion des deux côtés, plus marquée cependant à droite.

Le péricarde contient environ 60 grammes de liquide séreux · le cœur pèse 220 grammes. Tous les orifices en sont sains et suffisants.

Abdomen. — Foie : 1,400 grammes, légèrement congestionné.

Autour de la *rate* atrophiée (110 grammes), traces de périsplénite récente. La consistance du tissu splénique et sa coupe sont normales.

Le *tube intestinal* est distendu par les gaz; il est recouvert à droite par le grand épiploon et à gauche repoussé en arrière par le kyste.

Dans la région cardiaque de l'estomac et dans le duodénum, on remarque des régions très vascularisées, de figure stellaire, ayant les dimensions d'une pièce de 1 fr. Pas trace d'ulcération dans l'intestin.

Les *reins* (110 gauche, 115 droit) paraissent normaux.

Bassin. — Le kyste a été crevé pendant l'autopsie et a donné issue à un liquide de couleur brunâtre chocolat. Il est adhérent au grand épiploon par une série de tractus très vasculaires qui paraissent tordus de droite à gauche. Légères adhérences avec la trompe. Pas la moindre adhérence avec la paroi abdominale antérieure, même au niveau de la ponction.

En étalant les adhérences de l'épiploon, on remarque que le kyste passe à droite.

L'utérus et ses annexes, y compris le kyste et ses adhérences, sont alors enlevés en masse, et on constate que le kyste est bien développé en réalité aux dépens de l'ovaire droit.

L'ovaire droit se trouve à la base du grand kyste, séparé de lui par une tumeur, de la grosseur d'un œuf de pigeon ne contenant pas de liquide et qui est le vestige de la première poche ponctionnée, dont le liquide ne s'est pas reproduit.

Dégénéreseence aréolaire de l'ovaire.

A gauche, toutes les annexes de l'utérus présentent leur aspect et leur situation normale.

Le corps de l'utérus est normal. Le col est gros. A la jonction du corps et du col de l'utérus, le tissu utérin présente une mollesse spéciale. C'est à ce niveau que s'est produite la torsion.

Rien de particulier à noter du côté du rectum et de la vessie.

En résumé, cette observation nous a paru intéressante à plusieurs points de vue :

1° Tout en mettant hors de cause l'ovariotomie dont la valeur chirurgicale est au-dessus de toute contestation, il nous a paru utile de faire ressortir les bons résultats de la ponction qui a été curative dans ce cas particulier et n'a point donné lien à la formation d'adhérences, par conséquent n'avait point été fâcheuse au point de vue d'une intervention chirurgicale ultérieure.

2° Un kyste de l'ovaire droit se développant à gauche après avoir tordu l'utérus sur son axe et déterminé une gène de la circulation, une métrite par stase, suffisant à expliquer les symptômes utérins et les hémorrhagies dont se plaignait la malade, n'est pas d'autre part de commune rencontre.

BIBLIOGRAPHIE

Des formes cliniques de la tuberculose laryngée ; pronostic et traitement, par le docteur A. Ducau. In-8° de 172 pages. — Paris, O. Doin, 1883.

M. Ducau, dans l'importante étude clinique qu'il vient de consacrer à la tuberculose laryngée, restreint à trois les formes de cette manifestation morbide : aiguë, subaiguë et chronique.

Cette classification est basée, non sur l'état des lésions considérées à un moment donné ni sur les périodes de la maladie, mais bien sur son début, ses manières d'être, sa marche et sa terminaison variables, en un mot sur sa physionomie générale.

La forme aiguë est essentiellement caractérisée par la généralisation des lésions, par la congestion intense des tissus, puis des ulcérations multiples, un gonflement inflammatoire très accentué, et avant tout par la rapidité de son évolution.

La forme chronique, au contraire, se fait remarquer par le petit nombre et le peu d'étendue des lésions, par leur tendance à rester longtemps stationnaires, par la pâleur des tissus, par des troubles fonctionnels moins prononcés, enfin, par sa longue durée.

Dans la forme subaiguë les lésions sont confluentes, mais résistent moins au traitement; elles procèdent par poussées successives, pouvant coïncider avec les poussées pulmonaires.

Le pronostic est toujours fatal dans la forme aiguë, il est moins grave dans la forme chronique, susceptible d'amélioration et même de guérison; quant à la forme subaiguë, l'issue est le plus souvent fâcheuse.

Au point de vue du traitement, M. Ducau insiste d'abord sur la médication générale qu'il conviendra d'employer dès qu'on se trouve en présence d'accidents non seulement locaux, mais trahissant de plus l'existence d'une maladie constitutionnelle.

Le traitement local, «non moins indispensable, dit M. Ducau, devra consister : 1° en révulsifs appliqués fréquemment au-devant du cou dans les cas d'inflamations aiguës; 2° en applications topiques, telles que pulvérisations phéniquées, créosotées, balsamiques ou morphinées et bromo-morphinées, si la dysphagie est intense; attouchements légèrement astringents avec des solutions iodo-iodurées faibles, créosotées, etc., et même gargarismes (bains de gorge iodo-iodurés créosotés, etc.), s'il existe des lésions extra-laryngées (épiglotte, région aryténoïdienne) que le liquide du gargarisme puisse atteindre facilement.

« Il est bien entendu que dans la forme inflammatoire, surtout dans les cas d'œdème très prononcé, il faudra s'abstenir de tout attouchement direct de quelque nature qu'il soit, car il serait à la fois inutile et dangereux; les gargarismes et pulvérisations seront seuls employés. »

M. Ducau rejette de la manière la plus absolue le séjour au bord de la mer et toute médication irritante, telle que l'usage des sulfureux *(intus* et *extra)* qu'il accuse d'exercer la plus fâcheuse influence sur la marche de la maladie. Enfin, si l'auteur reconnait que la trachéotomie est parfois utile et même

nécessaire pour parer au plus pressé et sauver la vie du malade, les avantages fournis par la dilatation du larynx au moyen des tubes de Schrœtter, et par les scarifications, lui paraissent beaucoup moins démontrés.

Cette étude consciencieuse, qui s'appuie non seulement sur les observations personnelles de l'auteur, mais encore sur des documents (en grande partie inédits) empruntés aux principaux laryngologistes de la France et de l'étranger, mérite mieux que d'être simplement signalée. Elle a droit à des éloges.

Dr Albertus.

REVUE DES THÈSES.

Dr E.-H. Ozenne. — Du cancer chez les syphilitiques, de l'hybridité cancéro-syphilitique de la cavité buccale en particulier. Th. de Paris, 1884. — A. Delahaye et E. Lecrosnier.

On sait quelles difficultés présentent au diagnostic les lésions ulcéreuses de la cavité buccale, avec quelle ressemblance s'y présentent le cancer et la syphilis; mais les changements que les deux diathèses produisent l'une sur l'autre en se combinant, en un mot l'hybridité cancéro-syphilitique, suivant l'heureuse expression du professeur Verneuil, étaient jusqu'ici peu connus. C'est à leur étude qu'est consacrée la thèse du docteur Ozenne.

Tout d'abord, l'auteur nous montre que les deux diathèses ne s'excluent pas; elles se marient volontiers, sans être influencées en plus ou en moins l'une par l'autre, quoique la syphilis crée des foyers de moindre résistance et favorise ainsi le développement du cancer. De fait, nous voyons l'hybridité cancéro-syphilitique se montrer aux siéges de prédilection de la syphilis, la mamelle, la verge, le testicule, l'anus, le rectum, le foie, la vessie et surtout la bouche. Elle s'y présente sous trois formes :

La forme scléro-cancéreuse;

La forme scléro-gommeuse;

La forme scléro-cancéro-gommeuse.

Sous l'influence du cancer, la syphilis est rappelée, mais l'iodure produit une amélioration momentanée évidente; d'autre part, les troubles fonctionnels et en particulier la douleur sont atténués. La marche du néoplasme, dont l'éclosion a été favorisée, est ralentie par la diathèse, qui disparaît enfin pour laisser le cancer évoluer à son aise.

Dr Paul Binet. Étude sur la sueur et la salive dans leur rapport avec l'élimination. Th. de Paris, 1884. — Parent.

Après avoir rappelé la composition normale de la sueur et de la salive, l'auteur montre le peu de part que prennent ces humeurs à l'excrétion de l'urée, d'où le peu d'efficacité du traitement des néphrites par les sialagogues ou sudorifiques (pilocarpine); en somme, la thérapeutique a peu à compter sur ces voies pour suppléer les autres, fait d'une grande importance au point de vue clinique.

Dans la salive, l'auteur n'a jamais rencontré de pigments biliaires, à peine un peu de sucre chez les diabétiques; une quantité presque constamment invariable d'albumine. Le brome, l'iode, l'acide salicylique, l'arsenic, le mercure, passent dans la salive, le fer difficilement.

L'ensemble des glandes sudoripares constitue un émonctoire encore moins important; l'acide urique est très rare dans la sueur, même chez les goutteux. L'auteur n'y a jamais trouvé de pigments biliaires et à peine des traces de sucre; les fameux givres d'urée sont exceptionnels.

Paul Berthod.

FORMULAIRE

Préparations de goudron.

1o Bols de goudron :

Rec. Goudron de bois	0,15	centigrammes.
Baume du Pérou	0,15	—
Baume de réglisse pulvérisé	0,30	—
Iris pulvérisé	0,10	—

Pour f. s. a. un bol gélatinisé.

Dose : 10 à 20 bols par jour, dans les affections catarrhales des bronches.

2° Pilules de goudron.

(Gueneau de Mussy).

Rec. Goudron purifié	1	gramme.
Benjoin de Siam pulvérisé	1	—
Poudre de Dower	0,50	—

Pour f. s. a. 10 pilules roulées dans de la craie ou de la magnésie. Cinq à dix pilules par jour.

E. R.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE.

De la gemme du pin maritime. — Les conifères fournissent des espèces très nombreuses et très variées; l'une des plus remarquables est le pin maritime qui peuple tout le sud-ouest de la France sur les bords de l'Océan, depuis l'embouchure de la Gironde jusqu'au fond du département des Landes. Il découle de sa tige, spontanément, ou à l'aide d'incisions faites dans l'épaisseur de son écorce et de son bois, une substance oléo-résineuse, semi-liquide, visqueuse, transparente, d'une saveur amère, à laquelle on a donné le nom de « gemme ».

La gemme contient à peu près 12 p. 100 d'huile essentielle qu'elle peut rendre par la distillation. Il reste alors une matière solide, sèche, résineuse, à laquelle on donne le nom d'*arcanson*. Sous l'influence de l'oxydation, l'huile essentielle de la gemme se transforme en acide pinique et acide pimarique. Introduite dans les voies digestives, la gemme produit des effets physiologiques qui participent à la fois des propriétés de l'huile essentielle et de la substance résineuse qui entrent dans sa composition, effets atténués par cette union même, et qui rendent son emploi très efficace et sans aucun danger.

La gemme du pin maritime est le meilleur médicament à employer dans le traitement des affections catarrhales. Sa supériorité sur le goudron n'est pas contestable. Elle produit une légère stimulation du système nerveux qu'accompagne toujours un accroissement d'activité de la circulation, de la respiration et des fonctions de la peau. La partie résineuse s'oxyde dans le sang et est rejetée par la voie urinaire, en faisant subir aux organes éliminateurs une action décongestionnante et anticatarrhale qui soulage et guérit les affections de la vessie et des reins; en même temps l'huile essentielle est rejetée par les poumons et par les pores de la peau, modifiant ainsi très rapidement les sécrétions dans la bronchite chronique, la toux, le catarrhe, l'asthme, la phthisie pulmonaire, et rendent les plus grands services dans le traitement du catarrhe des parties génitales chez les femmes.

On ne comprend pas que la thérapeutique ait jusqu'à ce jour fait un si rare usage de la gemme quand elle emploie si fréquemment le goudron qui lui est bien inférieur. Le docteur Pereira, qui jouissait autrefois d'une juste notoriété dans le département de la Gironde, s'est efforcé de vulgariser l'emploi de cet excellent médicament; il y a réussi, bien que la préparation qu'il recommandait fût difficile à faire et défectueuse. M. Lagasse, qui a fait de nombreuses études sur les produits du pin maritime, est parvenu

à emprisonner la gemme à l'état de nature dans de petites *capsules*, et à en rendre ainsi l'emploi très facile. Ces capsules sont parfaitement tolérées par l'estomac et ne lui imposent aucune fatigue, ce que l'on ne saurait dire du goudron dont l'emploi prolongé amène toujours de l'irritation d'abord, et bientôt de l'affaiblissement. Les capsules de gemme agissent donc puissamment sur toutes les affections catarrhales sans altérer à aucun degré les organes qui l'absorbent. Elles se prescrivent à la dose de quatre à six par jour, deux ou trois avant chaque repas.

M. Lagasse, pour répondre aux besoins des personnes qui ne savent pas avaler les capsules, prépare l'*hydro-gemmine*, eau de pin gemmé très concentrée, contenant absolument les mêmes éléments que les capsules.

L'eau de pin gemmé est en très grand honneur dans les hôpitaux de Bordeaux, elle y est prescrite depuis longtemps comme tisane commune dans les salles des fiévreux où la tuberculose, la bronchite chronique et les catarrhes bronchiques abondent.

Un flacon d'hydro-gemmine mélangé à l'eau ordinaire permet de produire six litres de cette précieuse eau de pin gemmé qu'on prend aux repas pure ou mélangée au vin.

Etendue d'eau dans cette proportion, l'hydro-gemmine possède encore des propriétés doucement hémostatiques qu'il est utile de signaler et qui conviennent admirablement pour prévenir les hémorrhagies passives des bronches, des poumons et de la muqueuse gastrique.

On prescrit aussi l'hydro-gemmine de la manière suivante : une cuillerée à bouche dans un demi-verre d'eau pure ou sucrée ou dans une tasse de lait ; ainsi préparée, elle se prend à la dose de trois à quatre cuillerées à bouche par jour.

Enfin, poursuivant toujours dans la même direction ses études sur les propriétés du pin maritime, M. Lagasse a préparé la *gemme saponinée*, médicament employé uniquement pour l'usage externe. Ce médicament rend les plus grands services dans le traitement des ulcères et des plaies qu'il désinfecte immédiatement et dont il hâte la cicatrisation chaque fois qu'elle est possible. Dans des cas moins graves, il s'emploie avec succès dans le traitement de la plupart des maladies des femmes, particulièrement dans la leucorrhée, les ulcères du col ou du canal de l'utérus, l'endométrite purulente, la vaginite, enfin dans tous les cas de métrite chronique avec flux morbide, et toujours sans aucun danger.

La gemme saponinée Lagasse s'emploie ainsi pour les pansements : on la coupe par moitié ou trois quarts d'eau suivant l'état plus ou moins grand de sensibilité ou d'irritation de la plaie. Lorsqu'il s'agit de modifier l'état de sécrétion de la matrice, on ajoute deux à quatre cuillerées à bouche de gemme saponinée à chaque litre d'eau tiède destinée aux injections. Pour ce dernier usage, la gemme saponinée possède un autre avantage inappréciable, c'est l'odeur balsamique agréable qu'elle dégage.

(Union médicale.)

BULLETIN

L'organisation de l'assistance a domicile devant le Conseil municipal de Paris. — Les signes précoces de la tuberculose. — L'éthérisation par la voie rectale. — La mission allemande du choléra dans l'Inde.

Le Conseil municipal de Paris discute actuellement le rapport de M. Fiaux, au nom de la huitième commission, sur l'organisation de l'assistance à domicile. M. Fiaux ayant donné sa démission, M. Robinet l'a remplacé comme rapporteur. La question, fort complexe, offre à considérer divers points sur lesquels nous aurons à revenir ; nous voulons en retenir aujourd'hui un seul, sur lequel le Conseil municipal a déjà statué : il s'agit du mode de recrutement du personnel médical.

D'après l'article 7 du 10 janvier 1849, les médecins et chirurgiens attachés au service des secours à domicile sont nommés au concours ou par l'élection de leurs confrères.

Cette loi n'a pas été exécutée, et, conformément aux dispositions du règlement du 28 juillet 1860, les médecins ont été nommés par le préfet sur une triple liste de candidats dressée par les bureaux de bienfaisance.

Un arrêté préfectoral, en date du 20 février 1879, et approuvé par le ministre de l'Intérieur, ramène à l'observation de la loi de 1849 et institue l'élection des médecins des bureaux de bienfaisance par leurs confrères de l'arrondissement.

On sait que les médecins n'ont pas tardé à se désintéresser de ce genre d'élection, et que le nouveau système a donné ainsi de mauvais résultats. La question a été remise à l'étude avec toutes celles que comporte la réorganisation de l'assistance à domicile.

Un décret du Président de la République, en date du 4 mai 1884, confie cette étude à une commission de 23 membres présidée par le ministre de l'Intérieur. Celle-ci nomme une sous-commission pour élaborer un projet de réforme. Ce projet, modifié par la commission, est envoyé au Conseil de surveillance de l'Assistance publique, qui formule à son tour un programme. Enfin le Conseil municipal est saisi du triple projet de la sous-commission, de la commission ministérielle et du Conseil de surveillance de l'Assistance publique. Le résultat de ses délibérations sera soumis à son tour au Conseil d'Etat, qui aura à statuer en dernière analyse sur tous ces projets.

Dans les différentes étapes qu'elle a ainsi parcourues, la question a reçu des solutions diverses, souvent contradictoires. Nous les ferons successivement connaître, sans nous arrêter à les discuter, nous bornant, pour le moment, à un simple historique.

On a vu que la loi de 1849 établissait en principe ou le concours ou l'élection ; ce fut le système de la présentation qui l'emporta dans la pratique et resta en vigueur jusqu'en 1879. Si ces trois modes de nomination constituent trois types bien tranchés, ils offrent d'assez nombreuses combinaisons, ainsi qu'on va pouvoir en juger.

La sous-commission ministérielle, qui a élaboré le premier projet, a conclu au concours.

La commission, au contraire, s'est prononcée en faveur de l'élection, mais d'une élection à deux degrés. Les médecins de chaque arrondissement éliraient un délégué, et les délégués des vingt arrondissements constitueraient le corps électoral pour l'élection des médecins de l'assistance à domicile.

Le principe électif a donné lieu à d'autres conceptions. Ainsi un membre du Conseil municipal, M. Cattiaux, a proposé que les médecins du service des secours à domicile soient élus par les indigents inscrits au bureau de bienfaisance. Un mode d'élection, plus conforme à la dignité professionnelle, consisterait à composer un corps électoral restreint, formé de tous les médecins des bureaux de bienfaisance, ou représenté simplement par la Société médicale des bureaux de bienfaisance.

Le Conseil de surveillance de l'Assistance publique, à l'exemple de la sous-commission ministérielle, a adopté le concours. Le jury serait composé d'un médecin des hôpitaux, président, et de deux médecins de l'assistance à domicile.

Entre temps, la Société médicale des bureaux de bienfai-

sance, sous l'impulsion de son ancien président, M. le docteur Commenge, et de son zélé secrétaire général, M. le docteur Passant, a mis la question à son ordre du jour, l'a longuement étudiée, discutée, et s'est prononcé aussi en faveur du concours.

Sous l'euphémisme de *concours sur titres*, le rapporteur de la huitième commission du Conseil municipal revient au système de la présentation : « Les médecins des bureaux de bienfaisance seront nommés, dit-il, par le préfet-maire, sur une liste unique dressée par les conseillers municipaux, le maire, trois administrateurs délégués du bureau de bienfaisance et trois médecins délégués par leurs confrères du même bureau. »

Antérieurement, M. d'Echerac avait proposé de constituer, dans chaque arrondissement, un corps électoral composé du maire, des adjoints, des conseillers municipaux et des médecins du bureau de bienfaisance de l'arrondissement.

Un système qui, s'éloignant des précédents, les concilie en les excluant tous, consisterait à ne pas instituer de personnel médical spécial pour le service de l'assistance à domicile. Tous les médecins de l'arrondissement seraient appelés à concourir à ce service, les indigents auraient le droit de choisir parmi eux celui qui aurait leur confiance, et les visites seraient payées à un taux convenu entre le corps médical et l'administration.

C'est avec ces nombreux systèmes que la question est venue en délibération devant le Conseil municipal. Contrairement aux conclusions de sa huitième commission, le Conseil a voté le concours. Bien que nous nous soyons abstenu de toute discussion, de toute critique, on nous permettra d'applaudir à cette décision, qui satisfera aussi, nous n'en doutons pas, la grande majorité de nos lecteurs.

— Dans l'intéressante communication qu'il a faite à la Société médicale des hôpitaux sur les signes précoces de la tuberculose, et qu'on a pu lire dans le dernier numéro du COMPTE RENDU GÉNÉRAL, M. Grancher, en bon clinicien, cherche à retenir l'enthousiasme de ceux qui se laissent entraîner trop loin par la découverte de Koch. Si le bacille est un signe certain, il ne constitue pas un signe précoce ; il ne saurait donc avoir en pratique la valeur exclusive qu'on a voulu lui attribuer, car il fait défaut au début de la tuberculose, c'est-à-dire à l'époque où la thérapeutique peut offrir le plus de ressources et où par conséquent un diagnostic précis a le plus d'importance. L'auscultation, la percussion, tous les signes physiques et rationnels conservent donc leur valeur première en face du bacille : celui-ci leur sert tout au plus de contrôle.

Cette conclusion du travail de M. Grancher a une grande portée. Si on laissait s'accréditer l'opinion que la recherche du bacille fournit partout et toujours un élément certain de diagnostic, on ne tarderait pas à négliger et à oublier l'étude des signes stéthoscopiques, au grand détriment des malades d'abord, puis de l'instruction clinique des médecins. Il est même permis de généraliser ces conséquences de l'engouement actuel pour la doctrine microbienne : tandis qu'on poursuit le microbe, on néglige un peu trop l'étude de l'évolution des maladies et des rapports de leurs symptômes avec les lésions anatomiques : il y a là un danger qu'il n'est pas inutile de signaler.

— Un nouveau mode d'anesthésie nous arrive de Lyon, mais paraît être en usage à Copenhague : il s'agit de l'éthérisation par la voie rectale. Un tube de caoutchouc, du volume du doigt est introduit dans le rectum du patient et mis en rapport avec un flacon d'éther plongé dans un vase plein d'eau à 50° environ. L'éther entre en ébullition et ses vapeurs se dégagent dans l'intestin, où elles sont promptement absorbées. Au bout de cinq minutes, l'haleine du malade exhale une odeur éthérée et le sommeil ne tarde pas à survenir sans période d'excitation. Le réveil est des plus calmes. Pas de vomissements. On peut doser rigoureusement la quantité d'anesthésique absorbée.

M. Daniel Mollière qui, le premier en France, vient d'essayer cette méthode dans des opérations d'une certaine gravité, lui trouve des avantages sérieux et se propose de la soumettre à une expérimentation plus complète.

— M. Koch, dans des rapports qu'il adresse au ministère prussien, continue à faire connaître les principaux résultats obtenus par la mission qu'il dirige dans l'Inde. Sa dernière lettre confirme ce qu'il avait déjà avancé dans la précédente, et dont nous avons rendu compte, sur la spécificité du bacille trouvé dans l'intestin des cholériques, bacille qu'il désigne sous le nom de bacille-virgule. Elle contient en outre certains faits intéressants au point de vue de la propagation du choléra et quelques inductions qui méritent d'être relevées. L'abondance des matières nous oblige à en renvoyer l'analyse et l'examen au prochain numéro.

Dr F. DE RANSE.

NOTES & INFORMATIONS

— Le congrès annuel des chirurgiens allemands s'ouvrira à Berlin le 13 avril prochain, sous la présidence du professeur Von Langenbeck. Parmi les diverses questions qui doivent y être discutées, citons celle des rapports et analogies qui unissent la rate et la glande thyroïde au point de vue physiologique ; le traitement de la paraplégie du mal de Pott, la valeur thérapeutique du massage, etc., etc.

— Un traité a été passé il y a quelques jours entre le ministre de l'instruction publique et le maire de Marseille, relativement à la transformation en Faculté de l'Ecole de médecine et de pharmacie.

Des pourparlers avaient même été engagés à Paris pour le choix des futurs professeurs.

On annonce que le conseil municipal de Marseille a, dans sa séance du 24 mars, dénoncé ce traité.

— La statue de Broca sera érigée à l'angle du boulevard Saint-Germain et de la rue de l'École-de-Médecine, sur le terre-plein situé devant le pan coupé de la nouvelle école. Le choix de l'artiste chargé du monument se fera probablement d'après un concours.

— Dans la dernière séance du conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, M. le docteur Brourdel a donné lecture de son rapport sur l'utilité d'autoriser la crémation des corps ayant servi à des études anatomiques.

Le conseil a approuvé pleinement les conclusions de ce rapport, qui sont les suivantes :

1° L'hygiène publique n'aurait rien à redouter de l'incinération des cadavres provenant des amphithéâtres de dissection, pourvu qu'elle fût faite dans des fours convenablement aménagés et ne dégageant aucune odeur ;

2° Au point de vue médico-légal, la crémation de ces débris humains ne présenterait aucun inconvénient.

— Par décret en date du 21 mars 1884, à partir du 1er janvier 1884, le service des archives départementales, communales et hospitalières et le service d'inspection qui s'y rattache sont distraits du ministère de l'intérieur et transférés au ministère de l'instruction publique et des beaux-arts (direction du secrétariat).

— Une œuvre que la France ferait bien d'imiter est celle que le docteur G. Roth vient d'accomplir en publiant sous la forme d'un *annuaire* le résumé d'environ 850 travaux ou mémoires parus dans les deux avant-dernières années (1881-1882) sur l'hygiène des armées et la médecine militaire (Berlin, 1883). Là se trouvent en substance des études éparses dans quatre-vingt-huit publications différentes paraissant en dix langues, sans préjudice des travaux originaux.

— M. le docteur R. Longuet vient de publier (ARCHIVES DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES du 16 mars) une étude sur l'état sanitaire de l'armée anglaise (d'après ARMY MEDICAL DEPARTMENT REPORT FOR THE YEAR, 1881), d'où il ressort que c'est la tuberculose qui occasionne le plus grand nombre de décès dans l'armée anglaise d'Europe. Aux colonies, la tuberculose cède le pas à certaines maladies épidémiques ou endémiques. La fièvre typhoïde qui, en France, tue le plus de soldats, cause chez nos voisins proportionnellement vingt fois moins de décès. La mortalité y est cependant élevée. Son ubiquité doit être aussi notée (Antilles, Indes, le Cap, etc.). Le rhumatisme, les affections du cœur et des gros vaisseaux sont fréquents dans l'armée anglaise. L'alcoolisme et la syphilis y font de grands ravages. La fièvre intermittente domine aux colonies; la dysentérie et l'hépatite sévissent dans l'Inde; le typhus à rechutes règne dans la Méditerranée; la dengue s'est montrée à Melte et au Bengale; la fièvre jaune à la Barbade et le choléra épidémique seulement dans l'Inde.

— Peut-être l'Association générale des médecins de France arriverait-elle cependant à rendre inutile la création proposée par M. Surmay? Pour cela, il suffirait que l'Association continuât d'attirer, comme elle fait dès maintenant, la presque totalité des nouveaux membres de notre profession. En dix-huit ans, le chiffre des adhérents a augmenté de plus de 2,200 (soit un total d'au moins 8,250). Le temps n'est donc pas éloigné où tous les médecins français feront partie de cette Association qui alors pourra étendre son action sur un champ plus vaste et reporter sur la dignité professionnelle des efforts qui aujourd'hui se trouvent trop souvent restreints à faciliter aux médecins une vie précaire : *res angusta domi!*

— Dans le village de Thenelles (Aisne), une jeune fille de vingt ans, si nous en croyons le JOURNAL DES DÉBATS, se trouverait dans un état de catalepsie complète. Depuis près de neuf mois, elle n'a pas ouvert les yeux ni donné aucun signe de sensibilité. Le docteur Charlier (d'Origny) a en vain essayé de tous les moyens, piqûres, brûlures, électricité, frictions, etc., rien n'a tiré cette pauvre fille de sa léthargie. La respiration est régulière, mais lente, de même que les battements du cœur. La figure n'est pas trop pâle ni amaigrie; le corps et les membres sont très amaigris et conservent une chaleur ordinaire. Les dents sont fortement serrées; l'œil, qu'on n'aperçoit qu'en soulevant la paupière, est complètement renversé, et on n'en voit que le blanc.

R. F. D.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons la mort de M. le docteur Hamel, médecin principal de première classe, directeur du service de santé du 2e corps d'armée.

— Les journaux anglais ont annoncé récemment la mort de M. J. Hutton Balfour, le professeur éminent qui occupait depuis 1845 la chaire de botanique de l'université d'Edimbourg.

— M. le docteur Ageno, professeur d'anatomie à l'université de Gênes, est mort il y a quelques jours.

— On annonce aussi la mort de M. le docteur Nistri, professeur de clinique chirurgicale à l'université de Pise.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Délais d'ajournement aux examens.* — Les jurys d'examens et de thèses pourront, s'ils le jugent convenable, d'après le résultat de l'examen, infliger aux candidats un ajournement dont la durée ne pourra être moindre de trois mois ou excéder un an.

Cette disposition est applicable à tous les examens, sauf aux examens de fin d'année, au premier examen de doctorat (nouveau régime) et à l'épreuve pratique de médecine opératoire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Par décret, en date du 31 mars 1884, M. Bondet, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, est transféré, sur sa demande, à ladite Faculté, dans la chaire de clinique médicale, en remplacement de M. Teissier, nommé professeur honoraire.

— M. le docteur Rodet est nommé préparateur de médecine expérimentale et comparée (emploi nouveau).

FACULTÉ DES SCIENCES DE LYON. — Par décret, en date du 29 mars 1884, il est créé à la Faculté des sciences de Lyon une chaire de physiologie.

— Par arrêté, en date du 31 mars, la chaire de pathologie interne est déclarée vacante.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. le docteur Chotin est nommé chef des travaux anatomiques.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. le docteur Dupré, professeur de clinique médicale, est autorisé à se faire suppléer pendant le second semestre de l'année scolaire 1883-1884 par M. Masse, agrégé.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. le docteur Baraban, agrégé, est chargé pendant le deuxième semestre de l'année 1883-1884 d'un cours d'histologie à ladite Faculté.

ECOLE DE MÉDECINE DE CAEN. — M. le docteur Gedon est maintenu jusqu'à la fin du prochain concours dans les fonctions de suppléant des chaires de pathologie et de clinique interne.

ECOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — M. le docteur Jourdan, docteur ès sciences, est chargé du cours d'histologie (chaire nouvelle).

— M. Livon, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est nommé professeur de physiologie, en remplacement de M. Roberty, nommé professeur honoraire.

— M. Villard, professeur de pathologie interne, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique interne, devenue vacante par suite du décès de M. Fabre.

— M. Layet, professeur d'hygiène et de médecine légale, est transféré sur sa demande dans la chaire de thérapeutique, vacante par suite du décès de M. Seux.

HÔPITAUX DE LYON. — Le concours pour une place de médecin des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Garel.

HÔPITAUX DE ROUEN. — M. le docteur Petel, ancien interne des hôpitaux de Paris, est nommé chirurgien en chef de l'hospice général.

***

NOMINATIONS DANS LE SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret du 20 mars 1884, M. Massaloup, médecin principal de 2e classe à l'hôpital Saint-Martin, à Paris, est nommé médecin principal de 1re classe à l'hôpital militaire de Perpignan (choix).

— M. S. Chaumont, médecin-major de 1re classe des hôpitaux

militaires de la division d'Oran, est promu au grade de médecin principal de 2e classe (choix).

∴

SURSIS D'APPEL AUX OFFICIERS DE SANTÉ, PHARMACIENS DE DEUXIÈME CLASSE ET ÉTUDIANTS. — Des sursis d'un an ou renouvellement de sursis d'un an seront accordés aux officiers de santé, aux pharmaciens de deuxième classe et aux étudiants en médecine pourvus de douze inscriptions valables pour le doctorat qui, se trouvant convoqués pour une période d'instruction dans la réserve ou dans l'armée territoriale, se seraient mis en instance pour obtenir le grade de médecin ou celui de pharmacien auxiliaire.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 21 AU JEUDI 27 MARS 1884.

Fièvre typhoïde 47. — Variole 1. — Rougeole 50. — Scarlatine 5. — Coqueluche 6. — Diphthérie, croup 67. — Dysentérie 0. — Erysipèle 6. — Infections puerpérales 5. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 65. — Phthisie pulmonaire 194. — Autres tuberculoses 11. — Autres affections générales 71. — Malformation et débilité des âges extrêmes 58. — Bronchite aiguë 49. — Pneumonie 100. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 45, — au sein et mixte 26. — Inconnu 3. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 120. — de l'appareil circulatoire 81. — de l'appareil respiratoire 82. — de l'appareil digestif 36. — de l'appareil génito-urinaire 32. — de la peau et du tissu lamineux 7. — des os, articulations et muscles 11. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 32. — Causes non classées 3. — Total de la semaine : 1213 décès.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON.

THÈSES DE DOCTORAT. — ANNÉE SCOLAIRE 1882-1883.

20. M. Imbert (Armand). De l'interprétation et de l'emploi du pouvoir dioptrique et de la dioptrie métrique en ophthalmologie. — 21. M. Janez. Contribution à l'étude de l'antagonisme en pathologie, et spécialement de l'antagonisme de la fièvre typhoïde et de la tuberculose. — 22. M. Vesoux. De l'emploi de l'iodure de potassium chez les phthisiques. — 23. M. Gire. Contribution à l'étude de certaines formes de persistance de la membrane pupillaire simulant des synechies d'origine pathologique. 24. M. Durand. Des anévrysmes des sinus de Valsava à développement intra-cardiaque.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

ÉTUDE CLINIQUE SUR CERTAINES MALADIES DE L'ŒIL ET DE L'OREILLE CONSÉCUTIVES A LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE, par le professeur J. Hutchinson, ouvrage traduit et annoté par le docteur Hermel, avec une préface de M. le professeur A. Fournier, 1 vol. in-8, avec figures et deux planches. — Prix : 6 fr. — A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DE THÉRAPEUTIQUE ET DE PHARMACOLOGIE, par A. Rabuteau, docteur en médecine, etc. Quatrième édition, revue et considérablement augmentée. 1 fort vol. in-8 avec 58 fig. intercalées dans le texte. — Prix : 19 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

55e année. 7e série. Tome Ier. N° 15 12 AVRIL 1884

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr F. de RANSE ;
Membres : MM. les Drs J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN ;
Secrétaire : M. le Dr E. RICKLIN.

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

PHYSIOLOGIE

NOTE SUR LES PHÉNOMÈNES D'ARRÊT, par M. BEAUNIS, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Nancy.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

Le *point de départ* des actions d'arrêt peut se trouver soit dans les centres nerveux, soit dans les nerfs périphériques.

Pour les centres nerveux, les faits sont aujourd'hui bien connus depuis les expériences de Setschenow et des auteurs qui l'ont suivi. L'excitation directe de ces centres détermine des actions d'arrêt et une diminution d'activité des phénomènes moteurs. Cette excitation peut du reste être soit électrique, soit chimique, soit mécanique, et le même effet peut être produit, d'après Weill et Luchsinger, par la dyspnée et le manque d'oxygène dans le sang. Tout le monde sait d'ailleurs l'influence paralysante de certaines émotions sur les mouvements.

Mais, dans les conditions physiologiqnes ordinaires, le point de départ se trouve habituellement dans la périphérie sensitive. Toute excitation sensitive peut, dans certaines conditions, déterminer des actions d'arrêt. Le fait a été démontré pour les nerfs de sensibilité générale, pour les nerfs des sens spéciaux, pour les nerfs tendineux, pour les nerfs sympathiques, et toutes mes expériences le confirment. Il en est de même pour les nerfs tactiles, malgré l'assertion contraire de Setschenow.

Je ne veux pas entrer ici dans le détail de tous les phénomènes d'arrêt ni dans la discussion des théories diverses qui ont été données de ces phénomènes. Il est cependant certaines questions auxquelles je suis forcément amené et que les considérations précédentes peuvent servir à interpréter.

Une première question est la suivante. Les phénomènes d'arrêt se passent-ils dans des appareils particuliers, ou bien les actions d'arrêt et les actions motrices ont-elles pour siège les mêmes éléments ?

La première opinion a été adoptée par la plupart des physiologistes. C'est ainsi qu'on a admis dans l'appareil nerveux cardiaque des ganglions excitateurs et des ganglions modérateurs ; c'est ainsi qu'on a reconnu dans l'encéphale, puis dans la moelle, l'existence de centres d'arrêt distincts et indépendants. Cette opinion, devenue presque classique, a cependant été combattue, surtout dans ces derniers temps. Pour H. Munk, Heidenhain, Bubnoff, Wegele, ce sont les mêmes éléments qui sont le siége des deux actions. Cette opinion trouve un appui dans les recherches de Wundt, et mes expériences me

FEUILLETON

DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

I. Des idées et connaissances médicales chez les Celtes, par L. Ernault. Rennes, 1883, 27 pages in-8. — II. Exposé des principaux passages contenus dans le *Si-yuen-lu*, par Ern. Martin. Paris, Leroux, 1884, in-8. — III. Du sang considéré comme aliment. Etude critique sur un point de l'hygiène israélite. — IV. Histoire et origine de la corporation des chirurgiens et apothicaires d'Audenarde, dite des SS. Cosme et Damien, par L. Créteur. Bruxelles, 1882, in-8.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

III. Moïse avait défendu de manger du sang et il voulait que le sang répandu à terre fût recouvert de poussière. Sur la dernière prescription, M. Briolle s'arrête à peine ; il pense que, pour l'auteur du livre *Mosaïque* « le sang, c'est la vie, et que le sang doit toujours revenir à la mère commune, pour y entretenir les sources « de cette vie qui s'exhale sans cesse de ses entrailles ». Peut-être cependant devrait-on songer à une simple mesure hygiénique, en raison de la prompte altérabilité du fluide sanguin au contact de l'air.

Au contraire, la défense de manger du sang est l'objet d'une étude approfondie, bien faite, et c'est à l'aide des découvertes les plus récentes de la physiologie et de la chimie modernes, que M. Briolle a essayé de résoudre la question. Il conclut que Moïse a sagement fait de proscrire le sang comme aliment, puisqu'il n'était pas possible de son temps d'en assurer l'inaltérabilité.

IV. Les archives d'Audenarde ont été fouillées avec soin par MM. Devacht et Créteur, tous deux pharmaciens chimistes, et elles ont fourni à ce dernier l'occasion d'écrire un livre attrayant sur l'*Histoire et l'origine de la corporation des chirurgiens et des apothicaires d'Audenarde*, petite ville des bords de l'Escaut.

Cette gilde ou corporation est certainement antérieure au quinzième siècle, puisqu'elle figure déjà dans une pièce de 1474. Jusqu'en 1695, son conseil se composait d'un bailly, d'un doyen et de deux officiers dont l'élection devait être approuvée par le bourg-

porteraient aussi à me ranger de ce côté. Si, comme il est probable, des actions d'arrêt se passent dans les nerfs périphériques et en particulier dans les nerfs moteurs, il est bien difficile d'admettre dans ces nerfs deux ordres de filets nerveux, des nerfs excitateurs et des nerfs d'arrêt. Je rappellerai du reste que, tout récemment, l'existence dans le cœur de ganglions distincts pour l'excitation et pour l'arrêt a été combattue par Lowit. Je serais donc porté à admettre que les deux actions se passent dans les mêmes éléments.

Dans cette hypothèse, toute excitation nerveuse déterminerait dans le nerf excité deux modifications de sens contraire: une modification *positive*, pouvant agir à son tour comme excitant sur la substance nerveuse voisine et ainsi de proche en proche jusqu'au muscle, et une modification *négative* qui tend à détruire ou à annuler la première; et, suivant que l'une ou l'autre de ces modifications prédomine, on aura ou bien un mouvement, ou bien un affaiblissement (ou un arrêt) de ce mouvement. On retrouve déjà des traces de ces phénomènes d'arrêt dans les nerfs moteurs; mais c'est surtout dans les centres nerveux, là où se rencontrent les cellules ganglionnaires, qu'ils se montrent avec le plus d'intensité, et cette intensité augmente à mesure qu'on excite des parties de plus en plus élevées de l'axe nerveux. Aussi le résultat des excitations est-il d'autant plus variable que ces phénomènes d'arrêt sont plus marqués, et on s'explique ainsi les contradictions apparentes qui existent dans les expériences d'excitation du cerveau et les effets différents qu'on obtient d'un moment à l'autre dans le cours d'une expérience. L'hypothèse précédente donne la clef de ces variations inexplicables qui ont fait jusqu'ici le désespoir des expérimentateurs. Peut-être pourrons-nous les interpréter plus tard, quand nous connaîtrons mieux les lois qui régissent les phénomènes d'arrêt.

Il peut sembler étrange au premier abord qu'une même action excitante puisse ainsi dégager deux influences contraires et surtout que ces deux influences aient leur siège dans les mêmes éléments anatomiques, dans la même substance. Mais, en y réfléchissant, la chose n'a rien d'invraisemblable. Il est évident que, dans l'ignorance absolue où nous sommes du processus intime des actions nerveuses, nous ne pouvons faire aucune hypothèse plausible sur la coexistence des actions motrices et des actions d'arrêt. On peut invoquer également une modification chimique, une variation électrique, une vibration ondulatoire ou tout autre mouvement moléculaire, mais toute démonstration rigoureuse est impossible. On me permettra cependant une comparaison qui peut faire comprendre jusqu'à un certain point cette simultanéité d'actions contraires. Supposons par exemple une substance chimique instable dont la décomposition donne naissance à deux corps dont l'un puisse agir comme excitant, soit pour fixer les idées, un acide et une base, l'acide agissant comme excitant. Si l'acide est dégagé en excès, l'excitation a lieu; si la base est dégagée en quantité suffisante pour neutraliser l'acide, l'excitation ne se fait pas; si sa quantité ne suffit qu'à neutraliser une portion de l'acide dégagé, l'excitation a encore lieu, mais affaiblie.

Quant à la quantité d'acide et de base dégagés, elle peut tenir soit à la composition même de la substance à un moment donné, soit au degré d'alcalinité du milieu. On pourrait tout aussi bien, dans l'hypothèse mécanique, imaginer un système élastique donnant aussi naissance à des actions contraires, ou, dans l'hypothèse physique, un système électrique ou magnétique analogue. Il suffit de montrer que la chose en soi n'a rien d'inadmissible.

Je n'ai parlé jusqu'ici que des actions d'arrêt qui s'exercent sur les fonctions motrices. Mais le phénomène peut et doit être envisagé à un point de vue beaucoup plus général. Si toute stimulation détermine à la fois dans la substance nerveuse des phénomènes d'excitation et des phénomènes d'arrêt, cet arrêt pourra s'exercer sur toute manifestation, quelle qu'elle soit, de l'activité nerveuse et ne se limitera pas à l'activité motrice. C'est en effet ce qu'on observe, quoique cette catégorie de phénomènes ait été moins étudiée. Les sécrétions, par exemple, sont soumises aux mêmes influences d'arrêt et les cas de ce genre sont connus de tous les expérimentateurs. Pour la sécrétion salivaire même, le fait est d'observation courante. Mais des phénomènes analogues se constatent pour toutes les sécrétions. Ainsi l'excitation des nerfs sensitifs de l'uretère par l'introduction d'une canule arrête pendant quelques heures la sécrétion urinaire, comme je l'ai vu chez le lapin. Il en est de même pour la sécrétion pancréatique, la sécrétion biliaire, etc.

L'étude attentive des phénomènes de sensibilité conduirait aux mêmes conclusions, et il ne serait pas difficile de relever un certain nombre de faits tenant certainement aux influences d'arrêt. Des anesthésies et des analgésies, soit locales, soit

---

mestre et les échevins. En 1695, le bureau du conseil de la confrérie se compose d'un syndic, licencié en médecine; d'un doyen, apothicaire; d'un premier officier, chirurgien; d'un second, apothicaire; d'un troisième, apothicaire; d'un quatrième officier, chirurgien, et d'un bailly, de telle sorte que les diverses branches de la corporation y sont représentées. Le sceau en argent, parfaitement conservé, représente les deux patrons, Cosme appuyé sur un glaive (?) et Damien tenant un vase. Les conditions pour entrer dans la confrérie, y obtenir le grade de maître, sont détaillées dans la charte de 1696. Les élèves apothicaires devaient faire trois ans de stage chez un franc maître et deux ans chez un autre maître, avant de passer l'examen devant le syndic; payer 24 livres parisis, si l'aspirant était franc bourgeois, 48 dans le cas contraire; être inscrits, par les soins du patron, sur le registre tenu par le doyen; les années passées chez le gérant d'une veuve ne comptaient pas. Enfin un maître ne pouvait enlever l'élève d'un autre maître sous peine d'amende. L'examen avait lieu devant un jury composé de deux anciens apothicaires, du syndic, du doyen et des officiers. L'aspirant était interrogé sur la connaissance, le choix, la falsification et la préparation des simples, l'explication et l'exécution des ordonnances des docteurs et devait faire sa preuve, c'est-à-dire composer un électuaire. Notons en passant qu'un antidotarium ou tarif était imposé aux apothicaires, les prix ne pouvant être modifiés que sur l'avis du conseil; que le nombre des officines était restreint et que le syndic n'accordait l'autorisation d'ouvrir une nouvelle boutique qu'en raison de l'accroissement de la population; que les prix payés par les clients devaient être inscrits sur les registres, afin que ceux-ci pussent être examinés lors des inspections annuelles des officines par les membres du conseil. Enfin nous voyons qu'un sieur Laurent Baes n'a pas été admis à l'examen parce qu'il est Français et que la ville possède déjà trop de pharmaciens.

L'admission des aspirants chirurgiens, les examens pour le grade de maître, étaient soumis à des mesures analogues: plusieurs années d'apprentissage chez deux maîtres différents; un examen passé devant un jury composé de deux anciens maîtres en chirurgie et les officiers de la corporation, un examen oral et des preuves ou examen pratique, ce dernier n'ayant lieu qu'après avoir réussi le premier. En ce temps-là, les preuves consistaient en deux ou trois saignées et l'extraction d'une dent à une adulte

générales, penvent être observées à la suite d'irritations périphériqnes et ne penvent guère s'interpréter qne de cette façon. Je me contenterai de rappeler ici les recherches récentes de Brown-Séquard sur l'anesthésie générale provoquée par l'irritation de la mnqnense dn larynx par nn conrant d'acide carboniqne. On tronverait facilement dans la thérapentique usuelle des cas qui rentreraient dans cette catégorie de phénomènes et sur lesquels le temps ne me permet pas d'insister.

Mais on peut faire encore un pas de plus. Si, comme les faits précédents tendent à le démontrer, la coexistence dans la substance nerveuse d'actions excitantes et d'actions d'arrêt est une loi générale, et si la manifestation qui snccède à une stimulation nerveuse n'est qne la résultante de deux inflnences contraires, les éléments nerveux dont l'activité accompagne on détermine les processus psychiques ne doivent pas échapper à cette nécessité. Quelle que soit l'idée qn'on se fasse des phénomènes intellectnels et de leur mode de production, on ne pent nier, à quelque école philosophique qn'on appartienne, la relation étroite qui rattache ces phénomènes an fonctionnement cérébral. Aussi, dans la théorie émise plus hant, on est forcé d'admettre l'intervention des actions d'arrêt dans les phénomènes psychiques comme dans les fonctions sécrétoires, sensitives ou motrices. On ne voit pas en effet pourqnoi la substance corticale des hémisphères se distinguerait à ce point de vue de la substance nervense des antres régions. Il n'est pas difficile dn reste de tronver des exemples d'actions d'arrêt dans les phénoménes de l'intelligence ; je dirai même plus : cette hypothèse éclaire d'un jour nouveau le mécanisme des fonctions psychiqnes et permet d'interpreter un grand nombre de faits qni sans cela restent absolument inexplicables. Je ne suis pas le premier d'ailleurs à faire jouer aux actions d'arrêt un rôle dans les phénomènes de cet ordre. On a dit déjà que la volonté est une action d'arrêt. Mais jusqu'ici, à mon avis, le problème n'a pas été envisagé à son véritable point de vue, et c'est là surtout ce qne je vondrais indiqner.

Le fait essentiel, primordial, qui domine toute la question, c'est cette dualité qui se trouve au fond de tout acte psychique ; c'est cette double tendance, à l'activité d'une part, à l'arrêt de cette activité d'autre part, qui fait que l'acte psychique n'est que la résultante de ces deux tendances contraires.

Transportez cette action d'arrêt dans le domaine de la conscience, traduisez-la en langage philosophique et vous aurez l'hésitation qui accompagne nn monvement volontaire ou une détermination intellectnelle ; dans la sphère émotive, vous anrez les flnctuations et les alternatives de la passion, ou, dans la sphère de la spéculation pure, les réserves dn donte métaphysique. Notre vie intellectuelle n'est qn'une lntte perpétuelle entre ces deux tendances, impulsion et arrêt ; *homo duplex*.

Ces deux tendances n'ont pas la même intensité relative chez tous les individus, et la part de l'impulsion et de l'arrêt présente des variatione qui, an point de vue moral, déterminent chez l'homme le *caractère*. La prédominance des actions impulsives donne les caractères résolns, celle des actions d'arrêt les caractères indécis et circonspects.

Je me contenterai de ces considérations. Je n'ai pas voulu étndier ici tous les phénoménes intellectnels, qnelqu'intéressante que puisse être cette étude ; il m'a suffi d'indiqner à grands traits le rôle des phénomènes d'arrêt dans les actes psychiques.

Avant de terminer, je vondrais cependant essayer d'appliqner à la cliniqne les notions développées plus haut sur les actions d'arrêt. Si, comme les recherches mentionnées dans ce travail semblent le démontrer, l'on doit admettre qu'à toute excitation de la substance nerveuse correspondent deux eortes de modifications contraires, la façon dont on doit envisager la pathologie nerveuse sera profondément modifiée.

Soit un centre moteur par exemple. L'activité de ce centre pourra, sous une influence morbide qnelconque, être soit abolie, soit surexcitée, de façon à produire, dans le premier cas, une paralysie de la motilité, dans le second, une contracture ou une convulsion. Mais si, dans ce centre moteur, il fant admettre la coexistence d'actions motrices et d'actions d'arrêt, les phénoménes se compliquent. Ces actions d'arrêt, sous nne influence morbide, pourront être soit abolies, soit exagérées et produire ainsi soit des convulsions, soit des paralysies, tont à fait différentes quant au mode de production des convulsions et des paralysies ordinaires. On voit dans cette hypothèse comment se pose le problème dans les tronbles de la motilité d'origine nerveuse. En présence d'une paralysie, on devra se demander si cette paralysie tient à une abolition des actions motrices on à une prédominance des actions d'arrêt. De même

---

Cette dernière épreuve, je frémis pour la statistique, ferait échouer aujourd'hui plus d'un chirurgien.

L'intolérance religieuse était fort grande à cette époque. Un certificat de bonnes vie et mœurs délivré le 24 mai 1570 porte qu'un maître « est connu pour une personne catholique, qu'il s'est « confessé et a communié à Pâques, d'après les préceptes de notre « mère l'Eglise, et que du reste il jouit d'un bon nom et d'une bonne « réputation dans sa commune ». Le *du reste* n'est peut-être pas à sa place.

L'ouvrage que nous avons sous les yeux contient incidemment quelques renseignements sur les docteurs. On les trouve cités, il est vrai, à partir du quinzième siécle seulement, mais dans des documents particuliers, et ce n'est qu'au milieu du dix-septième que cette qualification est donnée aux médecins belges. Jusqu'alors ils sont appelés tout simplement maître (meester). Le même ouvrage nous donne des renseignements précieux sur les sages-femmes, les léproseries, les épidémies de peste. L'auteur a reproduit de vieilles chartes, des *fac-simile* de diplômes, de vieilles estampes. Je le remercie pour ma part d'apporter d'excellents matériaux à l'histoire de notre art, et je lui souhaite des imitateurs.

Si chaque petite ville fournissait des documents semblahles, nous aurions avant peu une histoire hien faite et hien instructive de tont ce qui constitue l'art de guérir.

Dr A. Dureau.

Société de géographie. — Cette Société vient de décerner : 1o une médaille d'or à l'expédition du « *Travailleur* » et du « *Talisman* » dirigée par M. Alph. Milne-Edwards, membre de l'Institut ; 2o une médaille d'or à M. A. Thouar pour sa courageuse expédition à la recherche des restes du docteur Crevaux.

Laboratoire municipal de chimie. — Un concours pour des emplois de chimiste et d'expert inspecteur du laboratoire municipal de chimie près la préfecture de police aura lieu le mardi 6 mai 1884.

Les candidats devront adresser leurs demandes à la prefecture de police avant le 28 avril. Pour les renseignements, s'adresser à la préfecture de police (secrétariat général, service du personnel).

une contracture pourra reconnaître pour cause soit une exagération des actions motrices, soit une abolition des actions d'arrêt.

Les faits répondent-ils à cette vue théorique? Il me semble difficile de le nier. *Expérimentalement*, on a vu plus haut qu'on peut produire des paralysies par exagération des actions d'arrêt. Les contractures par abolition de ces mêmes actions sont beaucoup moins connues; j'ai cependant observé chez la grenouille des faits dans le détail desquels je ne puis entrer ici et qui me paraissent appartenir à cette catégorie. *Cliniquement*, on connaît déjà un certain nombre de cas semblables, et, une fois l'attention des praticiens éveillée sur ce sujet, il n'est pas douteux pour moi que ces faits ne se multiplient et ne deviennent d'observation courante. Il me suffire ici de mentionner les arrêts du cœur ou le ralentissement de ses battements sous l'influence d'excitations du pneumogastrique ou de ses noyaux d'origine. Une partie des manifestations multiples de l'hystérie me paraît aussi devoir être rattachée à des troubles dans le fonctionnement des actions d'arrêt, et il en est de même, et d'une façon plus frappante encore, dans les phénomènes si curieux et si bien étudiés aujourd'hui de l'hypnotisme provoqué. Quoi qu'il en soit, il m'a paru utile de soumettre ces considérations aux médecins, espérant qu'elles pourront les engager à porter leur attention sur cette question et à étudier à ce point de vue les faits qu'ils pourraient rencontrer.

Je terminerai en donnant les conclusions principales qui dérivent de ce travail :

1° Les phénomènes d'arrêt qui se passent dans la substance nerveuse peuvent être rangés sous les catégories suivantes pour ce qui concerne les fonctions motrices :

a. Le mouvement commencé peut être interrompu.

b. Le mouvement, sans être interrompu, peut être simplement diminué dans son intensité, sa vitesse ou sa durée.

c. Le mouvement peut être retardé dans son apparition, soit qu'il se produise pendant la durée de l'excitation, soit qu'il ne se produise qu'après la cessation de cette excitation.

d. Le mouvement peut ne pas se produire.

e. La forme de la contraction peut être modifiée.

f. Les actions d'arrêt peuvent diminuer l'excitabilité de la substance nerveuse.

g. On peut avoir, au lieu d'un raccourcissement, un allongement réflexe du muscle.

2° Ces phénomènes d'arrêt se montrent non seulement dans les centres nerveux, mais on les rencontre aussi dans les nerfs périphériques, quoiqu'ils y aient une bien moindre intensité.

3° La différence de forme du tétanos direct et du tétanos réflexe tient essentiellement aux phénomènes d'arrêt qui se passent dans les centres nerveux.

4° Le point de départ des phénomènes d'arrêt peut se trouver soit dans les centres nerveux, soit dans les nerfs périphériques sensitifs.

5° Toute excitation sensitive peut, sous certaines conditions, déterminer des phénomènes d'arrêt.

6° Il est probable qu'il n'y a pas d'appareils moteurs et d'appareils d'arrêt distincts et indépendants, mais que les actions motrices et les actions d'arrêt se passent dans les mêmes éléments nerveux.

7° Les phénomènes d'arrêt s'observent non seulement pour les mouvements, mais pour la sensibilité, pour les sécrétions et, d'une façon générale, pour toutes les manifestations de l'activité nerveuse.

8° A un point de vue tout à fait général, l'arrêt est un fait fondamental d'innervation.

9° Toute excitation nerveuse détermine dans la substance nerveuse excitée deux modifications de sens contraire, une impulsion à l'activité d'une part, et d'entre part une tendance à l'arrêt de cette activité.

10° La manifestation quelconque, mouvement, phénomène sensitif, sécrétion, etc., qui suit une excitation nerveuse n'est que la résultante de ces deux actions contraires.

11° Ces actions d'arrêt jouent certainement un rôle en pathologie, et il importe que l'attention des cliniciens soit éveillée sur ce point.

12° C'est ainsi qu'il peut y avoir des paralysies par exagération des actions d'arrêt et des contractures par abolition de ces mêmes actions, paralysies et contractures qui doivent être distinguées des paralysies et des contractures ordinaires. Les mêmes considérations peuvent s'appliquer aux troubles de la sensibilité et des sécrétions.

13° Les phénomènes d'arrêt jouent un rôle dans les actes psychiques comme dans toutes les autres manifestations de l'activité nerveuse.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Hernie crurale étranglée depuis quarante-huit heures. — Opération. — Étranglement par l'arcade. — Réunion par première intention complète cinq jours après, par M. Paul Berthod.

La nommée Ch..., âgée de 47 ans, chiffonnière, entra à l'hôpital de la Pitié, salle Gerdy, n° 6, le 10 mars, pendant l'après-midi, avec tous les signes d'un étranglement herniaire.

C'est une femme de constitution robuste; elle a été réglée à l'âge de 17 ans, toujours régulièrement depuis, s'est mariée à 28 ans et a eu quatre enfants.

Depuis environ 20 ans, elle présentait à la partie supérieure de la cuisse gauche une petite tumeur de la grosseur d'une noix arrondie, mobile sous la peau, réductible et indolente, quand, il y a trois jours, elle fit un effort pour soulever un fardeau trop lourd et ressentit une violente douleur dans l'aine gauche. Vingt-quatre heures après, en même temps que la tumeur inguinale augmentait de volume et atteignait la dimension d'une petite orange, la malade était prise de vomissements avec coliques violentes, sans évacuations alvines. Le lendemain dimanche, elle gardait le lit toute la journée et continuait à vomir des matières verdâtres, si bien que le lundi 10 mars elle se décidait à entrer à l'hôpital, où elle est admise d'urgence à 2 heures.

L'interne de garde constate immédiatement tous les signes d'un étranglement herniaire, et M. Duret, appelé à cinq heures, se prononce pour l'opération, qu'il pratique séance tenante, avec toutes les précautions de la méthode antiseptique.

Incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, qui conduit le chirurgien sur une couche de tissu graisseux d'un centimètre d'épaisseur environ, regardé d'abord, mais à tort, comme l'épiploon; section du péritoine pariétal, ouverture du sac, qui contient à peine quelques gouttes d'une sérosité brunâtre. L'anse herniée se présente alors très œdématiée au niveau de sa convexité et dans toutes ses couches périphériques, éraillée en certains points, mais nulle part rompue et, malgré son aspect spécial, sans apparence de gangrène.

A ce moment, le doigt est introduit dans l'anneau, où il éprouve

une sensation de constriction des plus nettes. Introduction du bistouri boutonné et débridement sur le ligament de Gimbernat. Tentative de réduction inutile. Constatant alors que l'étranglement est dû surtout au ligament de Fallope, par deux fois M. Duret débride aux dépens de l'arcade et perpendiculairement à sa direction. A ce moment, un jet de sang artériel fait craindre un instant la blessure de l'épigastrique; il ne s'agit heureusement que de petits rameaux de l'artère mésentérique. Application de trois ligatures au catgut.

Réduction très facile de l'anse herniée. On constate l'absence d'épiploon. Résection du sac au niveau de l'anneau.

Lavage de la plaie avec la solution forte. Application de six points de suture métallique. Pansement de Lister.

Glace sur le ventre. Injection de morphine, 0,01.

Le 11, matin. — La malade a continué à vomir dans la nuit; légères coliques par instants, ballonnement peu marqué. Pas d'émission de gaz ni de matières fécales; signes de congestion pulmonaire à la base droite. T. matin 38o. — Soir 37o,8.

12 matin. — Dans la nuit, la malade a rendu des gaz par l'anus. T. 37o,7. — Soir 37o,6.

13. — Premier pansement. Erythème phéniqué autour de la plaie. Débâcle dans la matinée. — T. 37°,8. — Soir 39°.

Les jours suivants, le mieux s'accentuait. Le 15, la malade commençait à s'alimenter et la congestion pulmonaire avait disparu.

16. — On enlève les points de suture; la réunion est complète.

23. — Occlusion de la cicatrice avec du diachylon; la réunion est solide, au point que, le lendemain 24, la malade quitte l'hôpital avec un bandage

Sans nous arrêter à la rapidité de la guérison, rapidité qui nous semble maintenant naturelle, gâtés que nous sommes par les succès auxquels la méthode antiseptique nous habitue depuis quinze ans, et en se plaçant au point de vue opératoire seul, l'observation précédente nous a paru singulièrement intéressante.

Nous avons été frappé non pas tant de la rapidité que de la direction qu'il a fallu donner aux incisions libératrices pour vaincre l'étranglement, ce qui nous a amené à chercher quel pouvait être l'agent de cet étranglement dans le cas qui nous occupe.

Depuis Malgaigne, partisan exclusif de l'étranglement par le collet du sac, étranglement qu'on pourrait appeler séreux d'autres chirurgiens, et en première ligne nous devons citer le professeur Gosselin, ont accordé, particulièrement dans le cas de hernies crurales, une importance toute spéciale aux anneaux fibreux. Le professeur Gosselin est même plus précis encore, et l'étranglement fibreux, selon lui, se fait surtout au niveau des orifices du fascia cribriformis, plus souvent peut-être au niveau de l'orifice de la saphène interne (A. Richard). D'autres enfin reconnaissent bien l'étranglement fibreux (étranglement par vive arête, Chassaignac), mais le localisent à l'anneau crural, au niveau du rebord tranchant du ligament de Gimbernat. En un mot, à l'époque actuelle, « on est d'accord pour reconnaître comme agents d'étranglement, dans la hernie crurale, un des trous du fascia cribriformis, ou l'orifice supérieur du canal crural contre le ligament de Gimbernat, ou plus rarement le collet du sac. » (A. Richard, *Pratique de la chirurgie journalière*, 1880, Germer-Baillière, p. 287.)

Appliquons ces données au cas qui nous occupe :

L'étranglement séreux ou par le collet n'est évidemment point en cause, car, après l'incision du sac, nous voyons le chirurgien essayer en vain de réduire la hernie. L'étranglement était donc fibreux. Où siégeait-il? Faut-il en accuser le ligament de Gimbernat? Evidemment non, puisque, après un large débridement de ce dernier, la hernie demeure irréductible; de plus, un des orifices du fascia cribriformis, débridé largement dans cette direction, eût vraisemblablement laissé rentrer la hernie. L'étranglement n'était donc produit ni par le ligament de Gimbernat ni par les orifices du fascia. Quel en est donc l'agent?

Se souvenant d'un cas analogue qu'il avait opéré à l'hôpital Saint-Antoine (communication orale) et où le débridement sur l'arcade crurale avait été suivi d'une réduction immédiate, M. Duret, dans la pensée que le ligament de Poupart peut bien être la cause de l'étranglement, débride par deux fois l'arcade perpendiculairement à la direction du pli crural, et de façon à sectionner transversalement les fibres de ce ligament. La réduction se fait avec la plus grande facilité.

L'argumentation précédente pourrait paraître spécieuse et certainement il ne suffirait pas de deux observations pour la légitimer; mais si l'on considère la tendance naturelle aux tumeurs et particulièrement aux hernies du pli de l'aine, qui toutes remontent le long de l'arcade en décollant le tissu cellulaire sous-cutané vraisemblablement par suite des mouvement de flexion de la cuisse qui refoulent continuellement la tumeur en haut; si d'autre part on observe les succès parfois étonnants obtenus par le repos, c'est-à-dire en soustrayant dans une certaine part, il est vrai, la tumeur à l'action de ces différentes causes, on comprendra facilement comment, par le fait de son développement et à la suite des mouvements causés par la douleur prémonitoire des accidents herniaires, la tumeur en s'élevant peu à peu écrasera son pédicule qui se trouvera bientôt étranglé par l'arcade. Dans ces cas nous sommes persuadé que débrider largement et d'emblée l'arcade serait le traitement le plus rationnel.

Pour nous résumer et pour fixer les idées, nous proposons la division suivante :

Dans les cas de hernie crurale étranglée, plusieurs agents peuvent déterminer l'étranglement. Ces agents sont le péritoine ou des anneaux fibreux; en un mot, l'étranglement est séreux ou fibreux :

Séreux, c'est l'étranglement par le collet du sac (Malgaigne).

Fibreux; dans ce cas il peut être produit :

1o Par un des orifices du fascia cribriformis (Gosselin);

2o Par le rebord tranchant du ligament de Gimbernat (Chassaignac);

3o Enfin par l'arcade crurale, sur laquelle l'anse intestinale herniée vient écraser son pédicule, et le comprimer d'autant mieux qu'elle est plus volumineuse. Cette variété est démontrée par ce fait que le débridement de l'arcade amène la réduction immédiate.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE
ET DE TOXICOLOGIE

I. Un cas d'érythème généralisé, consécutif a l'application du pansement au sublimé, par Reichel (1). — II. Le sublimé doit-il être préféré a l'acide phénique

(1) Berliner klin. Wochenschrift, 1884, n° 2.

COMME AGENT ANTISEPTIQUE A EMPLOYER DANS LA PRATIQUE OBSTÉTRICALE? par M. STADFELDT (1). — III. INTOXICATION PAR LE SUBLIMÉ AVEC REMARQUES SUR L'EMPLOI DU SUBLIMÉ EN GYNÉCOLOGIE, par M. BOCKELMANN (2). — IV. CONTRIBUTION NOUVELLE AU TRAITEMENT PAR LE SUBLIMÉ, par M. TAENZER (3).

Un ouvrier boulanger, âgé de 20 ans, affecté d'un genu valgum, du côté gauche, avait subi l'ostéotomie sous-cutanée (procédé d'Ogston). Après le redressement de la jambe, on avait appliqué sur toute la longueur du membre inférieur un pansement fait avec de la gaze au sublimé. Tout allait bien jusqu'au cinquième jour. A partir de ce moment, le malade se plaignit d'éprouver une sensation de brûlure et de démangeaison le long du membre opéré. Quatre jours après, il fallut enlever le pansement, les démangeaisons étant devenues insupportables, sans compter que depuis la veille elles avaient gagné l'abdomen et la poitrine. Depuis deux jours la température, normale jusqu'alors, s'était élevée à 38°,1 et à 38°,3. Le membre inférieur gauche, mis à nu, était envahi dans toute son étendue par un eczéma papulo-vésiculeux. La peau était d'un rouge intense, recouverte d'innombrables nodosités miliaires et de petites vésicules remplies d'une sérosité limpide. La peau et le tissu cellulaire étaient œdématiés. Les lèvres de la plaie étaient décollées et sécrétaient quelques gouttes d'un sérum clair. Sur presque tout le reste du tronc, la peau était le siége d'un érythème disparaissant à la pression du doigt. Cet érythème était constitué par la confluence de taches ayant le diamètre d'une lentille. L'éruption était prononcée surtout à la poitrine, au scrotum et à la face interne de la cuisse à droite, à la face dorsale du coude de chaque côté. La figure et le cou étaient entièrement indemnes. Avec cela, l'état général était bon, l'appétit conservé; il n'y avait pas de salivation. A la gaze au sublimé on substitua, comme pièce à pansement, de la ouate salicylée. Le soir même, la température du malade était redescendue à 37°,5. L'érythème pâlit peu à peu pour disparaître sans desquamation.

L'auteur rappelle qu'exceptionnellement on a vu un érythème généralisé survenir à la suite de frictions mercurielles, quelquefois aussi à la suite de l'administration interne de préparations hydrargyriques, comme Engelmann en a rapporté un exemple (4). D'autre part, depuis que le pansement au sublimé est en usage à la clinique chirurgicale de Breslau, on a eu de fréquentes occasions d'observer des eczémas circonscrits au lieu d'application du pansement, avec durée plus longue de la cicatrisation et sécrétion séreuse au niveau de la plaie.

Ces faits méritent d'attirer l'attention des chirurgiens qui font usage du pansement au sublimé.

— M. STADFELDT (de Copenhague), qui a publié récemment un cas d'intoxication mortelle par le sublimé employé comme antiseptique, se demande s'il n'y a pas lieu de revenir à l'emploi de l'acide phénique dans la pratique obstétricale. Le fait invoqué par M. Stadfeldt concerne une primipare de 23 ans qui accoucha à l'hôpital le 23 décembre dernier. L'accouchement se fit de la façon la plus naturelle; mais le placenta fut retenu dans la cavité utérine. Il en résulta des pertes de

(1) CENTRALBLATT FÜR GYNÆKOLOGIE, 1884, n° 7.
(2) IBIDEM, 1884, n° 11.
(3) IBIDEM, 1884, n° 9.
(4) BERLINER KLIN. WOCHENSCHRIFT, 1879, p. 647.

sang très abondantes, qui nécessitèrent l'extraction du délivre à l'aide de la main. On fit dans le vagin et l'utérus des injections avec une solution phéniquée à 3 0/0. Le 29 décembre au soir, la température interne, normale jusqu'alors, s'éleva à 39°6. Le lendemain, à 1 heure de l'après-midi, on procéda au lavage de la cavité utérine avec une solution de sublimé à 1/1500. Le liquide refluait librement hors de l'utérus et il s'en était déjà écoulé environ 400 grammes, lorsque soudain la malade se rejeta en arrière, porta ses mains à son front, en se plaignant d'une violente céphalalgie; elle éprouvait en outre une sensation de constriction à la gorge. On suspendit aussitôt le lavage de l'utérus et on fit prendre quelques gouttes d'éther à la malade. Celle-ci au bout de quelques minutes accusait une violente douleur dans l'hypogastre, avec irradiations dans les aines et vers les lombes. Plus tard, quand elle fut redevenue complètement calme, elle affirma que les accidents avaient débuté par les douleurs de ventre. Ces douleurs s'étaient calmées au bout de deux heures, faisant place à des sueurs profuses; la malade tomba dans une grande prostration; elle avait du vertige. Dans la soirée survint du ténesme rectal, avec évacuations diarrhéiques sanguinolentes. L'urine recueillie par le cathétérisme contenait une forte proportion d'albumine. Quelques vomissements muqueux. P. 76. T. 37. La diarrhée et les vomissements persistèrent. La langue était très sensible; à sa face inférieure, on apercevait quelques petites ulcérations grisâtres. Peu de salivation. A partir du 3 janvier, anurie complète. Les moyens mis en œuvre pour arrêter la diarrhée ne firent qu'exaspérer ce symptôme. Le pouls était devenu petit et irrégulier. Le 4 janvier, la malade succomba au sortir d'un bain qui lui avait procuré un instant de calme.

A l'autopsie, on trouva les organes génitaux dans leur état naturel, la vessie fortement contractée et entièrement vide, les reins volumineux, diminués de consistance, leur couche corticale tuméfiée, d'un jaune grisâtre; la muqueuse du gros intestin était parsemée d'ulcérations recouvertes de croûtes jaunâtres; les plus grandes mesuraient 0,8 centimètres de diamètre; elles étaient surtout nombreuses dans le rectum. Dans la dernière portion de l'intestin grêle, la muqueuse était hyperémiée et l'épithélium se détachait très facilement. Les autres organes ne présentaient rien d'anormal. L'examen microscopique du parenchyme rénal fit voir que l'épithélium des canaux contournés était tuméfié, granuleux et, par places, infiltré de graisse. La recherche du mercure dans le foie, le cerveau et les reins aboutit à un résultat absolument négatif. Ce n'est point là une raison d'écarter l'hypothèse d'un empoisonnement aigu par le sublimé, car cette même constatation négative a été faite dans le cours de plus d'une enquête médico-légale concernant des empoisonnements par ce toxique.

M. Stadfeldt reproche encore à l'emploi du sublimé comme agent antiseptique d'exposer à de fâcheuses méprises, les solutions faibles de sublimé étant dépourvues de goût et de couleur propres à déceler la nature du liquide. A cela, M. Bockelmann et M. Taenzer, qui se prononcent énergiquement pour le maintien du sublimé et pour la supériorité de cet agent antiseptique sur l'acide phénique, répondent qu'il est facile d'éviter l'écueil en question, en colorant le liquide avec une faible quantité de bleu de méthyle ou de fuchsine. La présence de ces matières colorantes, en très faibles proportions, ne laisse point de traces durables sur le linge qui vient en contact avec la solution de sublimé.

—M. BOCKELMANN rapporte une observation où des accidents d'une légère intoxication par le sublimé se sont manifestés chez une femme opérée pour un prolapsus du vagin et du rectum, et qui était soumise à de grands lavages avec une solution de sublimé au 1/1000°; à ce propos, il insiste sur la rareté des accidents de ce genre, alors que dans le service de gynécologie de l'hôpital de Breslau, comme dans beaucoup d'autres services hospitaliers, on fait quotidiennement usage des injections vaginales avec une solution de sublimé à 1/1000° et même, pour les opérations de gynécologie, à des irrigations permanentes avec une solution de sublimé au 1/2000°. Il insiste également sur la puissante action désodorisante du sublimé, qui se manifeste principalement dans les cas de cancer de l'utérus.

—M. TAENZER se sert des mêmes arguments que M. Bockelmann pour protester contre la proposition de M. Stadtfeld d'abandonner le sublimé et de revenir à l'acide phénique pour les besoins de la pratique obstétricale.

E. RICKLIN.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

DE LA DILATATION PRÆ-FŒTALE DE LA VULVE COMME MOYEN DE PRÉVENIR LES DÉCHIRURES DU PÉRINÉE, par le docteur LÉON DUMAS. — Montpellier, de Boehm et fils, 1883.

Après avoir rappelé brièvement les diverses manœuvres employées par les accoucheurs pour prévenir les déchirures du périnée et montré leur insuffisance ou leurs inconvénients, le docteur Léon Dumas décrit son procédé qui a pour but d'exercer une action dilatatrice en avant de la tête, en soumettant l'orifice vaginal à une distension opérée par un corps moins volumineux que cette partie fœtale et en permettant, par une action directe sur celle-ci, de retarder sa sortie pendant tout le temps nécessaire,

Lorsque la poche est rompue, la femme étant dans le décubitus dorsal, les jambes repliées, les cuisses modérément écartées, et le siège relevé au besoin par des draps pliés en plusieurs doubles, on se place debout au côté droit du lit, au moment où l'occiput a atteint l'extrémité inférieure du vagin; on graisse les trois premiers doigts de la main droite (pouce, index, médius) et on écarte légèrement avec eux les bords de la vulve, en passant le bras sous les couvertures par-dessus la cuisse droite. Lorsque ces trois doigts sont arrivés sur la tête fœtale, on les écarte doucement de façon à les faire glisser entre elle et l'orifice du vagin, ce qui a lieu sans douleur aucune si on a soin d'agir entre deux contractions. On les introduit ainsi, en continuant à les écarter, tout en suivant la convexité de la tête, jusqu'à une profondeur telle qu'ils éprouvent une pression modérée entre la tête et l'orifice vaginal. Si l'on allait plus loin, on risquerait de produire, ce qu'il faut éviter, l'attrition des parties molles contre les branches ischiopubiennes.

Dans cette situation, les doigts constituent en avant de la tête une sorte de cône ou trépied qui maintient l'orifice vaginal écarté de la tête et le distend un peu au-devant d'elle. Sous l'influence des contractions, ce cône agira à la manière d'un coin en dilatant et en outre en entraînant en avant l'orifice vaginal, ce qui aide à l'ampliation du périnée. Quand l'orifice vaginal distendu devient rigide, on peut arrêter le mouvement de propulsion de la tête en appuyant sur la région occipitale de façon à empêcher la déflexion, ce qui met la partie postérieure du périnée à l'abri de toute pression fâcheuse de la part de la région frontale.

On obtient ainsi graduellement une dilatation suffisante de l'orifice vaginal et de la vulve, en même temps que l'ampliation parallèle du périnée. On doit laisser la main en place jusqu'après le passage du diamètre sous-occipito-frontal.

On pourrait objecter à la manœuvre que nous venons de décrire, d'après l'auteur, que nombre de femmes ne s'y soumettront pas volontiers, surtout lorsque la période d'expulsion sera longue; qu'elle occasionnera souvent une grande fatigue à l'accoucheur dont les doigts doivent du reste s'engourdir rapidement et par suite ne plus diriger suivant les indications données les divers temps de la manœuvre; qu'enfin, après la sortie de la tête, il faut songer à l'expulsion des épaules, expulsion qui agrandit, dans un grand nombre de cas, la petite déchirure que la tête a produite.

Quand l'auteur, au lieu d'une seule observation, nous en aura fourni plusieurs autres, il sera possible de juger d'une méthode que la théorie accepterait cependant dans certains cas déterminés.

MARIUS REY.

ÉRUPTIONS, GRANULATIONS, ULCÉRATIONS DES ORGANES SEXUELS DE LA FEMME; TRAITEMENT CLASSIQUE ET THERMAL, par le docteur FARGES, médecin consultant aux eaux de Cauterets.

« La prédominance d'un appareil organique, dit Bazin, favorise la localisation des diathèses sur cet appareil. »

Les organes génitaux de la femme offrent aux éruptions un lieu d'élection exclusivement à tout autre, et l'on ne saurait accepter l'opinion de Courty disant : « Les causes qui président au développement des éruptions sur la muqueuse de l'utérus, sur la peau et les diverses muqueuses, ne sont pas les mêmes ». En dehors des causes parasitaires, on ne saurait en trouver d'autres que la scrofule, la syphilis, l'arthritis et la dartre.

A la vulve, les manifestations de ces diathèses sont l'érythème, avant-coureur d'autres lésions, l'herpès, l'eczéma, le pemphigus et le pempholix.

Les affections du col et en particulier les granulations et les maladies des follicules sont d'une autre importance. La scrofule est une maladie de l'enfance; l'arthritis, dont les manifestations coïncident avec un surcroît de fibrine et de sels calcaires, répare aisément ses lésions par cet excès de plasticité; reste donc la dartre, cause d'une grande fragilité épithéliale jointe à un éréthisme cutané intense; faiblesse des téguments qui rend raison des granulations en particulier. Lorsqu'il existe des troubles étendus de l'organisme et même spéciaux à l'utérus, il faut bien se donner garde de les croire engendrés par la granulation; la diathèse rompt l'équilibre de plus d'un système et peut les attaquer tous à la fois.

L'œuf de Naboth débute par une rétention des sécrétions; l'acné du col débute et finit par l'inflammation; qui dit acné dit phlegmasie. Comme traitement : astringents locaux, pointes de feu et mieux fil galvanique, enfin les eaux de Cauterets, Baréges, Ax, Luchon, Molitg.

L'eczéma scrofuleux se manifeste par une leucorrhée épaisse,

purulente, visqueuse, fétide; il existe une large surface excoriée vésico-pustuleuse, déchiquetée. L'eczéma arthritique, au contraire, présente une surface saillante, rouge vif, vascularisée à l'excès, avec des papilles hérissées et rugueuses. Dans l'eczéma dartreux, l'ulcération n'est pas symétrique, et il s'écoule un intense déchet épithélial, véhiculé par d'abondants liquides, sérosité claire et plastique.

Tous ces eczémas réclament un régime alimentaire rafraîchissant, des topiques émollients et sédatifs, mais l'auteur insiste surtout sur le choix d'une eau minéralisée.

L'eau richement sulfureuse et hyperthermale excite au plus haut degré l'eczéma dartreux, et dans bien des cas lui est contraire; le mieux est de diriger la malade vers les eaux du plateau central.

L'eczéma arthritique se trouvera bien des sulfureux alcalins et des ferrugineux alcalins; enfin les eaux des Pyrénées sont éminemment propices à la cure des eczémas scrofuleux. On trouve dans l'ouvrage de nombreux détails sur les eaux des Pyrénées, les qualités des diverses sources et la façon d'employer l'hydrothérapie.

Paul Dalché.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

La fièvre typhoïde, étiologie, prophylaxie, par le docteur Vulliet, professeur à la Faculté de médecine de Genève. Paris, 1884. J.-B. Baillière et fils, éditeurs.

Dans cet ouvrage fort intéressant, l'auteur étudie les causes de la fièvre typhoïde, sa propagation par l'eau spécialement; il traite enfin des mesures prophylactiques pour se préserver de la fièvre typhoïde et des maladies infectieuses en général.

De la nature de la coqueluche et de son traitement par la résorcine, par le docteur Moncorvo. Paris 1883, Berthier éditeur.

L'auteur étudie longuement la nature de la coqueluche et conclut à son origine parasitaire. Il fournit des observations desquelles il titre cette conclusion : que la « résorcine, appliquée directement sur la muqueuse laryngée, est parvenue, dans tous les cas où elle a été employée, à faire décroître assez rapidement le nombre des quintes, qui perdaient ainsi de leur intensité en amenant, en définitive, la guérison dans un très court délai, indépendamment de l'intervention de tout autre agent médicamenteux. »

Du sevrage et de son étude comparative dans les différentes régions de la France, par le docteur Aubert. — Paris, 1884. Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier.

Dans cette étude, l'auteur examine l'époque à laquelle le sevrage doit être pratiqué, selon que l'enfant est nourri au sein, au biberon, ou bien selon qu'il est soumis à l'allaitement mixte; il consacre quelques pages aux précautions à prendre au moment du sevrage, trace les règles du sevrage dans les différents cas et expose les résultats et les accidents du sevrage; il fait connaître enfin les résultats du sevrage dans les différentes régions de la France.

Sur le traitement de la diphthérie des amygdales et du pharynx, par le docteur G. Mayer (d'Aix-la-Chapelle), traduit par le docteur Roselt, médecin de l'hôpital des enfants à Anvers. — Paris, librairie H. Le Soudier, 1884.

L'auteur recommande l'usage de la glace à l'extérieur; il entoure le cou d'un sac de caoutchouc contenant de la glace; il fait prendre de la glace à l'intérieur en assez grande quantité et assez fréquemment; il conseille enfin le chlorate de potasse. Sur 60 cas, sa médication ne lui aurait donné en 1874 qu'un insuccès.

Dr Dérignac.

BULLETIN

Le bacille du choléra.

Nous avons à revenir, ainsi que nous en avons pris l'engagement dans le précédent numéro, sur les derniers rapports de M. Koch relatifs au microbe spécifique du choléra. D'après l'auteur allemand, les caractères qui distinguent nettement ce microbe des autres micro-organismes seraient les suivants : le bacille du choléra ne représente pas une ligne droite, mais une ligne un peu courbée, semblable à une virgule, quelquefois même la courbure va jusqu'à prendre la forme semi-lunaire. Ailleurs, dans les cultures pures, par exemple, on trouve des bacilles cholériques ayant la forme d'un S et d'autres faiblement ondulés. Dans une goutte de solution nutritive on voit, à travers le champ microscopique, tous ces bacilles nager avec une grande rapidité dans toutes les directions. Ils forment, dans la gélatine nutritive, des colonies incolores qui ressemblent à de petits fragments de verre très brillants, qui liquéfient peu à peu la gélatine et augmentent légèrement d'étendue. Cette apparence spéciale leur est propre et permet de les isoler facilement des autres bacilles. Leur culture dans les porte-objets creux fournit un autre moyen de les distinguer sûrement : on les voit, en effet, se porter toujours vers la périphérie de la goutte du liquide nutritif et, en employant une solution d'aniline, on les reconnaît à leur forme en virgule.

L'examen de quarante-deux cadavres cholériques et de vingt-huit malades atteints du choléra a permis de constater toujours dans l'intestin la présence du bacille en virgule. Dans aucun autre cas, quelle que soit la maladie à laquelle le sujet ait succombé, et sur quelques produits qu'aient porté les recherches microscopiques, on n'a pu retrouver le même bacille. M. Koch en conclut que le bacille en virgule est spécial au choléra.

Mais ce bacille trouve-t-il simplement dans le processus cholérique des conditions favorables à son développement ou est-il la cause de la maladie? L'une ou l'autre hypothèse peut être soutenue. M. Koch rejette la première parce que, dit-il, il faudrait admettre que, au moment où un homme est frappé du choléra, il portait déjà dans son intestin le bacille en question, ou, d'une manière générale, que ce bacille fait partie des microbes existant normalement dans le corps de l'homme. Or c'est contraire à l'observation qui a montré constamment la présence du bacille en virgule dans l'intestin des cholériques, et son absence dans l'intestin de sujets atteints d'autres maladies.

M. Koch est ainsi conduit à considérer le bacile en virgule comme cause du choléra. Il est fortifié dans son opinion par l'étude des rapports du développement du bacille cholérique avec le processus morbide. Ainsi on trouve les bacilles exclusivement dans l'intestin. Au début de la maladie, tant que les selles sont riziformes, ils sont en petit nombre; un peu plus tard, quand les symptômes s'aggravent et que les déjections deviennent aqueuses, inodores, les bacilles en virgule pullulent en abondance tandis que les autres bactéries disparaissent, et ils forment comme une culture pure dans l'intestin. Plus tard encore, que la madie tourne vers la guérison ou que, après la mort, les bactéries de la putréfaction viennent à se développer, les bacilles en virgule diminuent de nombre et tendent à disparaître. D'une manière générale leur loca-

lisation est toujours en rapport avec l'intensité et l'étendne de l'irritation inflammatoire de la mnqueuse intestinale. A l'appui des indnctions qu'il tire de ces faits, M. Koch invoqne encore l'analogie : le bacille cholérique se comporte en définitive, suivant lui, comme d'autres bacilles spécifiqnes dont l'influence pathogéuique lui semble hors de conteste, et il cite le bacille de la lèpre et celui du typhus abdominal.

Plus on accumule d'arguments pour démontrer une chose, moins chacun de ces arguments a de la valeur. M. Koch reconnaît que la véritable démonstration de sa thèse, la genèse du choléra par l'inoculation expérimentale des bacilles en virgule, lui fait encore défaut. Il désespère même qu'on arrive jamais à pouvoir la donner. Seulement là où le donte scientifiqne devrait s'imposer, il formule un corps de doctrine qu'il s'efforce de justifier, comme on vient de voir, par des faits, des inductions et des analogies. En bonne logique il faut reconnaître qu'on n'est pas sorti du champ de l'hypthèse, et M. Koch en donne lui-même un peu plus loin la preuve.

Notre savant confrère allemand n'a tronvé que deux fois des bacilles en virgule dans les matières vomies, et encore, ajoute-t-il, dans les deux cas la réaction alcaline des matières montrait que le contenu intestinal, véhicule des bacilles, avait pénétré dans l'estomac. C'est que le bacille en virgule a besoin, pour croître et se développer, d'un milieu alcalin ; une faible trace d'acide libre suffit pour empêcher son développement et, dans l'estomac normal, il est détruit.

D'autre part, le bacille en virgule ne résiste pas davantage à la dessiccation : un dessèchement de trois heures suffit pour éteindre en lui tout principe de vie.

Si l'on rapproche ces deux circonstances l'une de l'autre, on se demande par quelle voie pénètre le microbe en question pour venir dans l'intestin de l'homme parcourir les diverses phases de son évolution et donner lieu au processus cholérique. A cette question un peu embarrassante, M. Koch est forcé de répondre par des hypothèses. *On peut supposer*, dit-il, des circonetances particulières qui permettraient aux bacilles de traverser l'estomac sans être altérés, et il cite entre autres une digestion défectueuse (les pereonnes atteintes de troubles intestinaux sont principalement atteintes par le choléra), un état particulier, non encore déterminé, des bacilles en virgule, analogue à l'état de vitalité d'autres bactéries, leur permettant de rester à l'état sec pendant plus on moins longtemps et de résister à l'action destructive de la digestion stomacale. Bien que cette dernière supposition soit en contradiction avec le résultat de ses propres expériences, M. Koch, en présence d'une difficulté qui porte atteinte à sa tbéorie, n'hésite pas à l'émettre.

Il est vrai que des faits plus récente par lui observés sembleraient justifier cette théorie. Il avait déjà constaté que l'humidité est favorable à la prolifération des bacilles en virgule. Ainsi lorsque des déjections cholériques sont étendues sur de la toile, du papier buvard, surtout sur la terre humide, la couche mince de mucus se transforme après vingt-quatre heures en une masse épaisse de bacilles cholériques. Le même phénomène se produit sur le linge sali par les déjections cholériques et tenu humide; il pourrait expliquer comment le linge ainsi souillé est une cause fréqnente d'infection pour les personnes qui ont à le manier. Supposons que ce linge vienne à être lavé dans un étang dont l'eau sert aux besoins domestiques d'une population, et l'on pourra y voir la source et l'origine d'une épidémie locale de choléra dont cette population sera atteinte, comme cela arrive fréqnemment dans l'Inde. M. Koch vient d'avoir l'occasion d'observer une semblable épidémie et d'en déterminer, d'après son principe, l'étiologie.

Cette épidémie a surgi aux environs de Calcntta, dans un villags sitné sur les hords d'un *tank*, un de ces lacs-étangs qui servent à tous les besoins de la population riveraine. On y dépose les ordures de toutes sortes, entre autres les fèces hnmaines; on y lave le linge, et l'eau n'en est pas moins employée en boisson, en bains et pour tous les usages domestiques. L'épidémie dont il s'agit avait fait dix-sept victimes sur une population de qnelques centaines d'habitants. Elle ne s'étendait pas au-delà des cabanes riveraines du *tank*. La commission allemande s'est livrée à une enquête d'où il est résulté que les linges souillés par les déjections du premier cholérique ont été lavés dans le *tank*, où les habitante ont continué de venir puiser l'eau nécessaire à leurs besoins. Or cette eau, prise en différents points et à différentes époques de l'épidémie, a été soumise à l'examen et, pour la première fois depuis qne la mission allemande poursuit ses recherches dans l'Inde, on y a trouvé le bacille spécifique du choléra.

Il est incontestable que ce fait offre un grand intérêt, mais il est encore unique, et c'est peut-être un peu se hâter que d'y voir, avec M. Koch, une expérimentation faite par le hasard eur l'homme, et, à défaut d'autres expérimentations sur les animaux, propres à justifier définitivement l'opinion que le bacille en virgule est bien la cause du choléra.

L'intérêt qui e'attache tonjours aux recherches actuelles fait oublier celles qui ont précédé, et l'histoire nous montre ainsi qu'il faut être prudent dans les conclusions qu'on est porté à en tirer : celles-ci n'ont chance de survivre que si elles sont parfaitement légitimes ; les simples hypothèses ne résistent pas à la marche progressive de la science. A propos de l'agent spécifique du choléra, on ne parle plus aujourd'hui des corpuscules (*corps annulaires* de Brittan, *cholera-cells* de Swayne, *cholera-fungi* de Budd) qui, en 1849, furent trouvés dans les déjections et sur la muqueuse intestinale des cholériques, dans l'eau des quartiers infectés, dans l'air même des salles occupées par des cholériques; le silence s'est fait aussi sur les recherches de Williams, de Thomé, de Pacini, de Klob, de Wieger, sur les cultures de Hallier, etc. C'est que ces divers observateurs, malgré leurs efforts, n'ont pu apporter, à l'appui des faits qu'ils ont avancés, une démonstration propre à transformer ces faits en vérités acquises. M. Koch sera-t-il plus heureux ? Nous le souhaitons vivement pour lui et pour l'intérêt de la science.

Dʳ F. DE RANSE.

NOTES & INFORMATIONS

LA CONTAGION DE LA TUBERCULOSE AU SIÈCLE DERNIER ET DE NOS JOURS. — Dans les temps de microbomanie que nous traversons, les idées et les craintes de contagion peuvent entraîner à des mesures, privées ou publiques, contre lesquelles protestent d'avance le bon sens et la sympathie que doit inspirer tout malade. Si l'on n'y prend garde, l'une des maladies malheureusement les plus vulgaires, la tuberculose, produira dans les familles les mêmes appréhensions que la peste, et il est difficile de prévoir toutes les conséquences qui en pourront résulter, ou plutôt le passé est là pour nous montrer ces conséquences, car, pas plus en fait de contagion que de pathologie animée, les doctrines actuelles ne sau-

raient justifier la prétention de nouveauté. Voici, d'après l'UNION MÉDICALE, les termes d'un décret mis en vigueur à Naples, à dater du 19 juillet 1782, suivant l'avis d'un conseil sanitaire suprême dont faisaient partie des hommes comme Cirillo, Coutagno, etc.

« Tout médecin ayant à donner des soins à un malade atteint « d'ulcère du poumon » devra en faire immédiatement la déclaration, sous peine d'une amende de 300 ducats pour première infraction, et d'un bannissement de dix années en cas de récidive.

« Le traitement des malades pauvres à l'hôpital est obligatoire; leur linge et leurs effets seront emmagasinés à part; un inventaire minutieux en sera dressé, renouvelé après la mort des malades. Toute irrégularité dans cette gestion sera punie de la prison ou des galères. On désinfectera une partie des objets à leur usage et on brûlera le reste. Les amendes les plus sévères seront portées contre ceux qui auront vendu on acheté leurs effets.

« Les appartements qu'ils auront occupés seront désinfectés à la diligence de l'autorité; on renouvellera les planchers, les plafonds, les tentures; on brûlera les portes et les fenêtres; les locaux ne seront réoccupés qu'au bout d'une année. »

« Ces prescriptions, ajoute l'UNION MÉDICALE, reçurent leur stricte exécution et toute la vie sociale de la cité en fut bouleversée. L'apparition d'un cas de phthisie dans une famille y jetait la ruine et la désolation; les malheureux parents devenaient des suspects; leurs relations étaient rompues, leur commerce perdu, leurs immeubles avilis; les plus riches étaient réduits à la mendicité. »

Ces mesures draconiennes paraissent avoir été en vigueur jusqu'en 1848.

Que devenaient, en pareil cas, les liens de famille? Comment le pauvre tuberculeux était-il soigné? Ne lui faisait-on pas expier la série d'ennuis et d'infortunes dont il était la cause innocente?

Depuis 1883, le ministre de la guerre en Allemagne, a enjoint à tous les chefs de corps : 1° de renvoyer dans leurs foyers tout individu atteint ou même seulement suspect de tuberculose, afin de ne pas le laisser en contact avec les soldats sains; 2° de désinfecter avec soin les linges, vases et crachats de ces mêmes individus, malades ou suspects. Une mesure semblable est réclamée pour notre armée en France, et l'on ne saurait la condamner. Mais il ne faudrait pas que ce fût un acheminement vers d'autres mesures de police sanitaire, comme nous en avons entendu proposer par des hygiénistes trop pleins de foi et de zèle, et l'expérience subie par les Napolitains doit nous servir d'exemple.

— M. le professeur Conrad (de Halle) donne les chiffres suivants sur la fréquentation des universités allemandes. D'après lui, ces universités ne comptaient, en 1833, que 13,000 étudiants. Elles en ont maintenant plus de 25,000. Après 1833, la fréquentation universitaire a diminué et est restée inférieure à celle de ladite année jusqu'en 1864. En 1872, elle n'était encore que de 15,000 étudiants. C'est depuis lors qu'on la voit augmenter rapidement chaque année. En 1833, on trouvait en Allemagne 1 étudiant sur 2,300 habitants, à présent on en trouve 1 sur 1,800 habitants. (Extrait de la REVUE SCIENTIFIQUE.)

— En attendant l'*aurea mediocritas* que semblent faire reluire aux futurs déshérités de la médecine des tentatives venant de bien des côtés, ici M. Lande et son projet de *Caisse de retraites*, projet que nous retrouvons à l'étude ou à l'essai en Belgique, en Suisse et ailleurs, là la formation sur beaucoup de points de syndicats médicaux, partout un besoin d'association, de groupement de forces, de solidarité professionnelle éclate à tous les yeux. Un journal espagnol, EL DIARIO MEDICO-FARMACEUTICO, vient de se mettre à la tête d'une croisade conviant à former une vaste corporation tous ceux qui plus ou moins directement ont soin de la santé publique, médecins, chirurgiens et pharmaciens. — *Dieu le veut!* — Cet appel sera-t-il écouté?

— Le docteur Lesnewich vient d'observer un cas remarquable de sécrétion lactée chez un enfant de dix mois dont les mamelles sécrétent du lait depuis la naissance. A la pression, le lait jaillit des mamelles; sans pression, on le voit sourdre goutte à goutte. Les seins ont le volume d'une noix. L'enfant est très bien portant. Son lait n'est ni acide ni alcalin; il ne diffère en rien du lait normal de la femme. (EL SIGLO).

R. F. D.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de M. le docteur Ricard. Il avait été l'ami intime de Gratiolet aux enfants duquel il a légué sa fortune.

— M. le docteur Hubert-Valleroux vient de mourir à l'âge de soixante-quinze ans. Il a écrit un livre intitulé : *De l'assistance sociale, ce qu'elle a été, ce qu'elle est, ce qu'elle devrait être.*

— Nous avons aussi le regret d'annoncer la mort de M. E. Simonin (de Nancy), ancien directeur de l'École de médecine, membre correspondant de l'Académie de médecine et auteur d'importants travaux, entre autres sur les anesthésiques (éther et chloroforme).

— M. le docteur Rouffy est mort récemment à Draveil (Seine-et-Oise), où il exerçait depuis plus de quarante ans.

— Enfin nous avons aussi à enregistrer la mort de M. le docteur Fontan à Essez-et-Mezerais (Meurthe-et-Moselle); de M. le docteur Rigaut, de Chaumont (Haute-Marne).

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — A l'occasion des fêtes de Pâques, les cours, examens et travaux pratiques seront suspendus : 1° le jour du vendredi saint; 2° toute la semaine de Pâques (du 14 au 20 avril inclusivement).

ASSISTANCE PUBLIQUE.—La première épreuve — épreuve clinique — du concours pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux et hospices civils de Paris s'est terminée le jeudi 3 avril au soir.

Les vingt-six candidats dont les noms suivent ont été reconnus admissibles : MM. Muselier, Merklen, Galliard, Hirtz (Edgard), Renault, Barié, Dreyfous, Brissaud, Lorey, Oulmont, Lucas-Championnière, Martin, Josias, Leroux (Marie), Comby, Faisans, Gauchas, Marie, de Beurmann, Jean, Hirtz (Hippolyte), Leduc, Beclère, Gaucher, Havage, Juhel-Renoy.

— Le jury du concours pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux de Paris est composé de MM. Porak, Marchand, Ribemont, Benjamin-Anger, Pinard, Lailler et Berger.

PRIX CIVIALE. — Un nouveau concours est ouvert entre les internes titulaires ou provisoires pour le prix biennal de 1,000 francs fondé par feu le docteur Civiale, à l'effet d'être décerné à l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires. Ce travail devra être déposé au secrétariat général de l'administration avant le 15 août 1884, au plus tard. Les élèves qui désireront concourir devront s'adresser, pour obtenir des renseignements, au secrétariat général.

***

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LA SEINE. — L'assemblée générale de cette Association aura lieu le dimanche 27 août, à deux heures très précises, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. le professeur Béclard, président.

Cette Assemblée a pour objet :

1° La lecture du compte rendu de l'année 1883, par M. le docteur Barth, secrétaire général adjoint;

2° L'élection d'un président, de deux vice-présidents et d'un secrétaire général;

Les candidats proposés aux suffrages de l'Assemblée par la commission générale sont :

Président : M. Béclard;

Vice-présidents : MM. Richet et Blanche;

Secrétaire général : M. Orfila.

3° Le tirage au sort des membres titulaires de la commission générale et des suppléants qui doivent entrer en fonctions.

Les recettes pour l'année 1883 s'élèvent à la somme de 51,072 francs.

Dons faits pendant l'année 1883 :

M. Lunier, 200 fr.; M. Labarraque, 500 fr.; M. G. Wickham, 25 fr.; Mme D..., 25 fr.; un anonyme, 40 fr.; M. Nédoux, 20 fr.; M. Depaul, 500 fr.; M. Rathery, 100 fr.; M. Richet, 500 fr.; Mme Homolle, 100 fr.; Mlle Piedagnel, 1,000 fr.; la Société médicale du IXe arrondissement, 100 fr.; Mme Braive, 400 fr.; la librairie Asselin, 50 fr.; M. G. Masson, 100 fr.; M. Vautier, 20 fr.; M. et Mme Cazenave-Fouquier, 10 fr.; M. Potain, 1,000 fr.; M. Barth, 100 fr.; M. Roger, 100 fr.; M. Gerin-Roze, 100 fr.; M. Desprès, 500 fr.; Mme Marjolin, 50 fr.; M. G. Marjolin, 20 fr. — Total : 5560 fr.

Il a été distribué en secours pendant l'année 1883 : 33,150 fr.

L'Association au 1er janvier 1884 possède 28,427 fr. de rentes 3 0/0 et 4 1/2 0/0.

***

Banquet annuel de l'internat. — Le banquet annuel des internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 19 avril, à sept heures et demie, dans les salons du Grand-Hôtel, sous la présidence du professeur Hardy.

Le prix de la cotisation (20 francs pour les anciens internes, 16 francs pour les internes en exercice) pourra être versé dans les hôpitaux à l'interne en médecine économe de la salle de garde, ou bien remis directement à l'un des commissaires du banquet : MM. Piogey, 23, rue Saint-Georges; Bottentuit, 45, rue de Londres, et Emile Tillot, 42, rue Fontaine-Saint-Georges.

***

Société française de tempérance. — Cette société a tenu sa séance solennelle le 6 avril, sous la présidence de M. le docteur Jules Bergeron, membre de l'Académie de médecine.

Après avoir entendu une allocution chaleureuse de M. le docteur Jules Bergeron, le rapport sur la situation morale et financière de l'œuvre par M. Lunier, secrétaire général, les rapports sur les prix de MM. Decaisne et Gibert et celui de M. Van den Dorpel sur les récompenses, la Société a décerné : une médaille de vermeil à M. le docteur Pierre Boyer, rédacteur en chef du Bon Conseiller; des médailles d'argent avec 250 fr. à MM. les docteurs Devoisins et Legendre; 250 fr. à M. le docteur Jaillet (lauréat de 1882); des médailles d'argent avec 200 fr. et 150 fr. à MM. Paul Timon et le docteur Victor Bridou; des médailles d'argent à MM. Bachy, L. Evrard, Ludovic Fauconnier, Charles Lecoq et le docteur Plonquet; 174 diplômes de membre associé honoraire, 24 médailles d'argent, 177 médailles de bronze et 532 diplômes de témoignage de satisfaction; 72 livrets de caisse d'épargne postale (870 fr.); 1 compte rendu du congrès international de 1878, 215 manuels Picard, 344 volumes de ses bulletins, 1,061 exemplaires des années 1880 à 1883 du Bon Conseiller et 15 abonnements 1884 à ce journal, publié sous son patronage.

Société des sciences médicales de Lyon. — Dans la séance du 26 mars 1884, la Société a procédé au renouvellement partiel de son bureau pour l'année 1884 et 1885.

M. Aubert a été nommé vice-président, en remplacement de M. Soulier qui, de droit, prend le fauteuil de la présidence.

MM. Cartier et Rendu ont été élus secrétaires annuels.

MM. Bianchi, trésorier; Icard, secrétaire général; Marduel, archiviste, complètent le bureau.

***

M. le docteur Avezou, ancien interne des hôpitaux, vient d'être élu médecin du bureau de bienfaisance du onzième arrondissement.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

Thèses de doctorat soutenues pendant l'année scolaire 1883-1884

M. Amanieu (A.). De l'élongation et de l'arrachement des nerfs sensitifs de l'orbite dans le traitement des douleurs ciliaires et particulièrement du glaucome. — M. Beausoleil (J.-R.). Essai sur les fistules à l'anus, de leurs divers modes de traitement et spécialement par la méthode thermique. — M. Bergonié (J.-A.). Contribution à l'étude des phénomènes physiques du muscle. — M. Bernard (A.-G.). Du traitement du trachome par le jéquirity et la cantharidine. — M. Camentron (J.-A.). De la pleurésie dans la grossesse. — M. Camou (E.-B.). Etude sur la topographie médicale du canton de Bordères (Hautes-Pyrénées). — M. Cavalié (F.-A.). Heureuse intervention de l'érysipèle sur certaines lésions chirurgicales liées à des états constitutionnels. — M. Chauvel (A.-T.). Contribution à l'étude du cancer primitif du foie. — M. Chevalier (H.-G.). De la pseudo-occlusion intestinale au point de vue de l'étiologie du diagnostic et du traitement. — M. Daubas (B.). De la syphilis vaccinale, sa prophylaxie. — M. Domecq (P.-E.). De la chute et de la dystrophie des ongles chez les ataxiques. — M. Ducau (B.). Des formes cliniques de la tuberculose laryngée, pronostic et traitement. — M. Dumont (J.-A.). Des tensions intra-thoraciques et de leurs rapports avec la symptomatologie et le traitement des épanchements pleuraux. — M. Dupiellet (P.-P.). Essai sur la topographie médicale du canton d'Aire (Landes). — M. Duplouy (E.). De la réduction du pédicule dans l'ovariotomie (méthode intra-péritonéale). — M. Durieux (J.-B.). Etude comparative du muguet et de la digitale. — M. Duval (P.-E.-M.). Gorée considéré comme foyer de fièvre jaune au Sénégal. Imminence de l'importation en France. — M. Féau (E.). Quelques remarques sur les différentes formes du délire dans la période prodromique de la fièvre typhoïde. — M. Frébault (A.). Etude comparative des teintures alcooliques et des alcoolatures, détermination de leurs équivalents thérapeutiques. — M. Gacon (J.-F.). Essai sur le traitement du *genu valgum* (ostéotomie). — M. Gallay (J.-F.). Notes sur une petite épidémie d'érysipèle malin de la face observée à Guérigny (Nièvre). — M. Girardeau (J.-F.-B). De l'atrophie cérébrale consécutive aux amputations anciennes. — M. Giraud (E.). Des procédés artificiels de digestion dans le traitement de l'entérite chronique des pays chauds. — M. Labat (J.-L.-A.). Analogies et différences entre la fièvre typhoïde de l'homme et les affections typhoïdes des solipèdes. — M. La Blanchetière (R.-J.). Quelques considérations sur l'évaluation de la capacité respiratoire au point de vue du recrutement. — M. Laville (P.-L.-A.). De l'hérédité de l'imitation et de l'éducation au point de vue de l'hygiène mentale. — M. Lazerat (J.-F.). Quelques mots sur la température fébrile dans la pleurésie. — M. Manbrac (P.-O.-J.). Recherches anatomiques et physiologiques sur le muscle sterno-cléido-mastoïdien. — M. Moure (J.-G.). Des rapports de certaines névroses et en particulier de l'asthme avec les polypes muqueux du nez et avec les sténoses nasales en général. — M. Pallardy (F.-M.-T.). De la pustule maligne et de son traitement par les injections antiseptiques sous-cutanées. — Péringuey (J.-L.). De la pneumatométrie envisagée comme moyen diagnostic. — M. Peyron (J.). Histoire d'une épidémie de fièvre jaune à la Guadeloupe. — M. Planteau (A.). Contribution à l'étude des troubles nerveux moteurs, sensitifs et trophiques, consécutifs à l'asphyxie par les vapeurs de charbon. — M. Quéré (F.-J.-O.-M.). Contribu-

tion à l'étude comparée de l'opium et de l'alcool au point de vue physiologique et thérapeutique. — M. Record (J.-M.-A.-L.-T.). De la résection du poignet, ses résultats sous le Lister comparé aux anciennes méthodes de pansement. — M. Rivals (M.-L.-G.) Recherches physiologiques et cliniques sur les modifications du retard du pouls dans les lésions de l'orifice aortique. — M. Salivas (M.-M.-A.). Etude médico-légale. — De l'influence exercée sur l'état mental par l'approche de la mort.—M. Saint-Mézard(B.-E.). Etude clinique sur le tremblement. — M. Sieur (C.). De la percussion métallique combinée à l'auscultation dans le diagnostic des épanchements liquides de la plèvre.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 28 AU JEUDI 3 AVRIL 1884.

Fièvre typhoïde 43. — Variole 2. — Rougeole 35. — Scarlatine 3. — Coqueluche 9. — Dipthérie, croup 54. — Dysentérie 1. — Erysipèle 8. — Infections puerpérales 13. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 53. — Phthisie pulmonaire 234. — Autres tuberculoses 19. — Autres affections générales 68 — Malformation et débilité des âges extrêmes 58. — Bronchite aiguë 37. — Pneumonie 103. — Athrepsie gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 43, — au sein et mixte 30. — Inconnu 8. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 105. — de l'appareil circulatoire 79. — de l'appareil respiratoire 113. — de l'appareil digestif 68 — de l'appareil génito-urinaire 34. — de la peau et du tissu lamineux 7. — des os, articulations et muscles 5. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0, — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 39. — Causes non classées 4. — Total de la semaine : 1275 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

LEÇONS SUR LA VAGINITE NON BLENNORRHAGIQUE, par le docteur Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine, etc., in-8. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

ETUDE SUR LES EAUX POTABLES ET LE PLOMB, par A. Hamon, 1 vol. in-8. — Prix : 1 fr. 50. — Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

LA FIÈVRE TYPHOÏDE, HYPOTHÈSES ET CONTRADICTIONS ACADÉMIQUES, par le docteur A. Crétin, 1 vol. in-8 de IV-216 pages. — Prix ; 3 fr. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

DIAGNOSTIC DES PHTISIES DOUTEUSES PAR LES BACILLES DES CRACHATS, par le professeur Germain Sée. Brochure in-8 de 100 pages. — Prix : 2 fr. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

DICTIONNAIRE DE THÉRAPEUTIQUE, DE MATIÈRE MÉDICALE, DE PHARMACOLOGIE, DE TOXICOLOGIE ET DES EAUX MINÉRALES, par Dujardin-Beaumetz, septième fascicule : cyaniferrures, eaux potables. Petit in-4 de 180 pages, imprimé à deux colonnes, avec figures dans le texte. — Prix : 5 fr. — Librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU CARCINOME DE LA PAROTIDE, thèse pour le doctorat en médecine, par Paul Michaux, ancien interne, lauréat des hôpitaux. Brochure in-8. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.



55e année. 7e série. Tome Ier. N° 16 19 AVRIL 1884

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE PAR LE SEIGLE ERGOTÉ, par le docteur Amédée CHASSAGNE, médecin major de 1re classe.

Peu de temps après que M. Duboué (de Pau) eut lu à l'Académie de médecine son travail sur le *Traitement de la fièvre typhoïde par le seigle ergoté*, la GAZETTE HEBDOMADAIRE publiait une étude de M. le docteur Lardier (de Rambervillers) sur les mêmes recherches de cure d'une épidémie d'actualité constante.

Leur conclusion commune était que l'ergot de seigle, sans être un spécifique, loin de là, se montrait cependant supérieur en résultats de CONSERVATION DE VIE HUMAINE (le but médical par excellence) aux traitements usuels.

Ayant subi à Nancy, en juillet-août 1882, l'échec de 6 décès sur 42 typhoïdes (plus de 14 pour 100), par les lotions froides, la digitale, la quinine, les lavements phéniqués, etc., nous étions fort mécontent de nous-même et de ces résultats qui se soldent en pertes irréparables pour l'armée et les familles ; d'autre part, la méthode de Brand dans sa rigueur (et ce n'est que rigoureusement qu'il faut toujours expérimenter) demeure d'application difficile dans beaucoup d'hôpitaux.

Aussi l'épidémie d'hiver, commençant à Nancy, comme d'habitude, en novembre, après l'encombrement des réservistes, nous trouva hésitant et perplexe à juste titre.

L'initiative, en thérapeutique, a des périls d'une banalité bien connue; ses succès sont toujours discutés, attribués à des causes latérales, voire au hasard; ses insuccès, par exemple, demeurent bien à elle. Les immobiles par scepticisme ou désir du repos (ce qui est d'un consinage rapproché) marchandent aux batailles perdues toutes circonstances atténuantes, du haut de leur facile immobilité.

Malgré ces éventualités périlleuses, un cas absolument désespéré et de mort prochaine, similaire de ceux pour lesquels M. Duboué (de Pau) préconise surtout le seigle ergoté, vint nous décider à ne pas hésiter plus longtemps devant les dangers coutumiers des voies nouvelles.

Comme on va le voir (est-ce une simple coïncidence ?) nos malades n'ont pas eu à s'en repentir.

Pour demeurer en présence de faits entièrement accomplis et *finis*, nous nous sommes fait un devoir d'attendre que, sur 82 typhoïdes (de gravité diverse), le dernier des 79 guéris soit sorti de l'hôpital.

C'est donc une mortalité de 3 sur 82, soit 3.7 pour 100.

FEUILLETON

DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

V. Emile Rivière. Prothèse chirurgicale chez les anciens. Une jambe de bois à l'époque gallo-romaine. Compte rendu de l'Association française pour l'avancement des sciences. La Rochelle, 1882. — VI. Inventaire descriptif des objets d'art ou simplement historiques qui décorent les salles de l'Académie des sciences, lettres et arts de Marseille, rédigé par M. l'abbé Dassy, secrétaire perpétuel, et suivi de notes concernant le mobilier de l'Académie. Marseille, 1882, in-8. — VII. Hanot. Notice sur le professeur Lasègue. Paris (sans date). in-8. — VIII. Ant. Ritti. Eloge de L.-V. Marcé. Paris, 1882, in-8.

V. Les anciens faisaient-ils usage d'appareils prothétiques ? Cela n'est pas douteux. Les béquilles jouent un certain rôle dans l'histoire, je parle de l'histoire mythologique, et, notre opéra-comique aidant, celles d'un certain dieu sont devenues populaires. Quoi qu'il en soit, les représentations figurées, soit par la sculpture, soit par le dessin, d'appareils de prothèse chirurgicale sont très rares, et un archéologue éminent, feu de Longpérier, a laissé tomber de sa plume érudite cet aveu quelque peu naïf: « que l'antiquité n'aimait pas à reproduire dans les œuvres d'art les difformités humaines ». Je le crois sans peine.

Quoi qu'il en soit, l'on ne connaîtrait jusqu'à présent qu'un très petit nombre de dessins de cette nature, parmi lesquels une peinture au Louvre de la fin du quatrième siècle, portrait, dit-on, d'un satyre comique ; une mosaïque de la cathédrale de Lescar, dans les Basses-Pyrénées, mosaïque gallo-romaine selon les uns, ou du douzième siècle selon les autres, représentant un chasseur nègre privé du pied et marchant avec une jambe de bois en forme de fourche ; le moulage d'une poterie ancienne trouvée à Paris, sur laquelle se trouve un personnage dont une jambe mutilée repose sur un pilon. Cette dernière figure, jusqu'alors inconnue, a donné lieu à la note intéressante de M. Rivière. Nous aurons occasion de revenir sur ce chapitre peu exploré encore de l'histoire de la chirurgie.

Si favorablement invraisemblable que paraisse ce pourcentage, il ne peut y avoir doute durable à son sujet, car le registre officiel des décès de l'hôpital militaire en témoigne nominativement (1), et comme il n'y a eu aucune mort d'autre cause pendant cette période du 5 novembre 1882 au 2 mars 1883, il suit logiquement que les chances d'erreur semblent écartées de ce chef.

Nous nous sommes préoccupé de lever des doutes d'un autre genre portant sur la précision du diagnostic.

Pour qui connaît la morbidité militaire à Nancy, et combien, en période épidémique, la fièvre typhoïde y confisque la nosologie, une erreur de diagnose paraîtra peu vraisemblable.

Cependant, et bien que la dothiénentérie soit, par son évolution et sa durée, une des maladies les mieux reconnaissables, pour demeurer d'une rigueur nécessaire, nous avons conservé les 82 graphiques typhoïdes (avec observation détaillée au verso) et nous en donnons, du premier au dernier, l'état nominatif. Nous estimons qu'en pareil cas, autant il est de devoir et d'utilité professionnelle de publier les résultats d'une médication nouvelle, autant on doit les entourer de loyales et absolues garanties d'authenticité et de contrôle.

Voici l'observation qui nous détermina ; nous l'abrégerons comme les suivantes, car bien que persuadé qu'il faut beaucoup de faits, et que les accumulations de faits seules peuvent consacrer les remèdes nouveaux, comme elles l'ont déjà fait pour le bromure de potassium, le salycilate de soude, etc., nous devons nous borner en un article de journal.

OBSERVATION I. — Augustin, soldat au 4e chasseurs à pied, entre à l'hôpital de Nancy le 10 octobre; suit le décours d'une fièvre typhoïde moyenne. T. maxima 39°6, plateau 6 jours, retour à 37 le 14e jour. On le fait sortant le 4 novembre (24e jour de traitement), mais ce jour même il est pris de frissons de rechute. Le 5, nous prenons le service, la température s'élève à 39; le 6, à 40,2; le 7, épistaxis, rêvasseries, 40,4 (1).

Le 8 et le 9, 40,2, délire continu; le 10, frissons dans la soirée, tentative de se lever, vociférations et cris toute la nuit, selles involontaires.

Le matin du 11, coma de collapsus. Traitement jusqu'alors : sulfate de quinine, lotions froides, drap mouillé, lavements phéniqués.

Estimant le cas mortellement désespéré, nous faisons prendre 2 grammes de seigle ergoté : les crises violentes et l'agitation continuent; demi-trismus.

Le 12, 2 grammes d'ergot, pris avec difficulté dans du bouillon; le matin, délire, tentative de fuir le lit en criant, deux selles involontaires; mais nous lisons dans l'observation quotidienne : « Mieux très sensible à 10 heures du soir, heure à laquelle le malade a repris connaissance et a commencé à parler, demandant où il se trouvait : a dormi un peu dans la seconde partie de la nuit »; la température descend à 38,7.

Le 13, 39,8 ; le délire est revenu le soir, avec agitation et rêvasseries; une selle involontaire. Ergot : 2 gr. 5.

Le 14, le malade est très abattu, il ne parle plus, ne paraît rien entendre; 39,3.

L'ergot, qui trahit son action par une cyanose marquée de la face, est continué à 3 grammes.

Le 15, bonne rémission du matin; le malade parle plus facilement; la température, du 15 au 18, jour où elle ne dépasse plus 38, oscille longuement du matin au soir; persistance du délire, des rêvasseries de nuit; le système nerveux ne s'équilibre complètement que le 20, mais l'amaigrissement et la prostration sont considérables, l'insomnie persiste par intermittences. Ce n'est en définitive que le 22 novembre que nous lisons : « Nuit bonne, sommeil tranquille et ininterrompu. »

A cette date, l'ergot, descendu graduellement à 2 gr., 1 gr. 50 et 1 gr., est suspendu; l'alimentation, qui a été continue, est renforcée; le malade s'assied pour la première fois sur son lit le 7 décembre. Il part de l'hôpital le 15, encore bien amaigri, pour une convalescence de trois mois.

La durée de l'hospitalisation par rechute a été de 40; l'hospitalisation totale, de 69 jours.

Aujourd'hui, après expérience de plusieurs mois, et comme on va le voir de cas tout aussi graves, il nous paraît que nous avons péché par timidité.

On perd des batailles, en médecine comme ailleurs, par hésitation.

Nous eussions dû commencer par des doses de 3 grammes, et il nous paraît vraisemblable, aujourd'hui, que l'affection eût cédé plus tôt.

Disons d'abord (ce qui est essentiel et ce qui n'a pas toujours été fait en *statistique*) quel est notre système de jauge et de division des faits.

(1) Voir *Observations VII, XI* et *XII*.

(1) Toutes les températures dont l'heure n'est pas indiquée sont des maxima du soir.

VI. Je loue M. l'abbé Dassy de son excellente idée. Nous connaissons en France des sociétés scientifiques fort anciennes et, si chacune d'elles livrait à l'impression seulement l'inventaire de son mobilier, en attendant mieux (le mieux, hélas ! ce sont les inventaires imprimés de livres et d'archives), nous y gagnerions tout d'abord une lecture attrayante, et, qui sait ? un commencement d'exécution pour le reste.

Parmi les portraits qui ornent les salles de l'Académie de Marseille, nous remarquons celui de Jauffret, son ancien secrétaire perpétuel. Jauffret n'était pas médecin, mais il s'était occupé d'histoire naturelle et avait été à Paris, l'un des fondateurs de la première Société d'anthropologie, c'est-à-dire de la Société des observateurs de l'homme. Parmi les bustes, citons une copie en plâtre de celui de Marcus Modius Asiaticus, dont l'original se trouve à la Bibliothèque nationale. Il porte deux inscriptions, l'une sur la poitrine, l'autre sur le socle, et la première inscription a été l'objet d'une dispute érudite entre le comte de Caylus et Visconti. Les voici toutes deux :

Première inscription :

ΙΗΤΗΡ ΜΕΘΟΔΟΥ ΑΣΙΑΤΙΚΕ ΠΡΟΣΤΑΤΑ
ΧΑΙΡΕ
ΠΟΛΛΑ ΜΕΝ ΕΣΘΛΑ ΠΑΘΩΝ
ΦΡΕΣΙ ΠΟΛΛΑ ΔΕ ΛΥΓΡΑ

Deuxième inscription :

Μ ΜΟΔΙΟΣ ΑΣΙΑΤΙΚΟΣ
ΙΑΤΡΟΣ ΜΕΘΟΔΙΚΟΣ

Je crois inutile d'entretenir nos lecteurs des différences de lecture exposées par Caylus et Visconti, pas plus que de la probabilité d'un hexamètre incomplet, ni de la date des deux inscriptions. Tout le monde paraît d'accord pour croire qu'il s'agit d'un médecin grec (Asiatikos) devenu citoyen romain (Asiaticus) auquel un de ses disciples a élevé un monument, en reconnaissance des bontés du défunt. La première inscription se lirait ainsi : « Asiatique, mon patron médecin méthodique, adieu ! toi qui dans ton cœur as éprouvé bien des satisfactions et bien des amertumes.» La seconde

Certes il est difficile de dire en quelle mesure le dernier des cas très graves diffère du premier des graves et le dernier de ceux-ci du premier des moyens; c'est convention pure, et cependant il est urgent de rendre le mieux possible les unités comparables.

Nous nous sommes basé : 1o sur la durée de la température en plateau ; 2o sur l'élévation de la température maxima; 3o sur la période d'alitement absolu allant, du premier jour de l'hospitalisation au moment où le malade manifeste le désir de s'asseoir sur son lit et de quitter le si long décubitus. Cet étalon nous paraît plus sûr que la durée de l'hospitalisation, que nous chiffrons aussi, mais qui est extensible, variable et peut être prolongée élastiquement suivant des vues individuelles médicales ou même administratives.

Nos 82 cas sont divisés, d'après cette graduation précise, en :

Très graves	15
Graves	22
De moyenne intensité	20
Légers ou abortifs	25

Pour les cas très graves, nous donnons un résumé individuel succinct des quinze observations, résumé aride sans doute et de redites inévitables, mais qui donne une image tangible de la gravité épidémique. Pour les cas graves et moyens, nous nous contenterons d'un tableau avec les noms, les maxima de température, la durée du plateau, de l'alitement et de l'hospitalisation.

Pour les abortifs, les noms suffiront, avec cinq cas types, destinés à donner la physionomie moins utilement clinique de ces typhisations légères.

1o Cas très graves

Observation I. — Petitot, Auguste, 10e hussards. T. maxima, 40o6 ; entré à l'hôpital de Nancy le 30 novembre.

La faiblesse des rémissions matinales, la prostration marquée, l'horizontalité du plateau présagent une gravité exceptionnelle. Complication, le 10 décembre, d'intolérance du seigle ergoté et de vomissements qui ne cessent complètement que le 17, par l'addition à l'ergot de bicarbonate de soude (quantités égales) et l'usage de l'eau de seltz. Mais la température ne baisse pas ; nous trouvons, le 16, 40,3 le soir ; 39,8 le matin.

Le 18, le système nerveux, qui ne manifestait ses lésions que par surdité, hébétude et grande prostration, est lésé plus grièvement : il y a des rêvasseries le jour, du délire ataxique la nuit; un plantou est placé près du malade, l'ergot est porté à 3 gr.

Le 26, le délire disparaît, mais nous le retrouvons signalé le 1er janvier, et surtout le 2, avec selles involontaires, faiblesse extrême, pouls très petit, 110. Jusqu'au 6 janvier, cet état reste stationnaire, inspirant les craintes les plus vives; ce n'est que le 7 que le malade reprend connaissance et que la défervescence commence. En somme, durée de la température en plateau oscillant de 39 à 40,6, 38 jours ; lysis rapide, 5 jours ; retour à 37, le 43e jour; durée de l'alitement absolu, 46 jours ; de l'hospitalisation, 63 jours. C'est le cas de fièvre *continue* et de température le plus obstinément en plateau que nous ayons observé dans la série.

Observation II. — Lernoult (Emile), 69e de ligne, entre à l'hôpital le 2 décembre : le thermomètre donne le soir même 40,6 ; insomnie opiniâtre, céphalalgie violente, hyperémie bronchique et intestinale moyennes ; la thermalité seule, qui les quatre premiers jours oscille de 40 à 40,6, présage de la gravité.

A la fin du premier septenaire, le 7 décembre, en même temps que des douleurs abdominales vives (sans pression) se déclarent des troubles nerveux qui vont s'accentuant les jours suivants (hébétude, surdité, parésie intellectuelle) et aboutissent le 13 décembre (fin du deuxième septenaire) à un délire avec cris et tendance à se lever, à courir ; deux selles involontaires. L'ergot est porté à 3 grammes. Le délire diminue graduellement les jours suivants et ne se traduit plus, le 20, que par des rêvasseries ; toutefois les nuits ne deviennent calmes que le 23.

Pour ce cas, comme pour tous, la dose de seigle ergoté a varié à 1 à 3 grammes, suivant hyperthermie et désordres fonctionnels ; son action s'est traduite. chez ce malade surtout, par une cyanose de la face persistante. En somme, T. maxima, 40,6 ; durée du plateau oscillant de 39 à 40,6, 24 jours. Défervescence lente de 14 jours, retour à 37 le 38e jour. Alitement absolu 41 jours, hospitalisation 52 jours.

(A suivre.)

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Pleurésie purulente ; signes stéthoscopiques pseudo-cavitaires ; absence de bacilles tuberculeux, par P. Dalché, interne des hôpitaux.

La nommée L... Augustine, âgée de 17 ans, entre le 14 janvier 1884, salle Sainte-Anne, n° 5, dans le service de M. Empis, à l'Hôtel-Dieu.

---

inscription n'est pas autre chose que le nom et la qualité du personnage : « (Marcus) Modius Asiaticus, médecin méthodique. »

Je relève, parmi les bas-reliefs que possède cette Académie, un don fait par un ancien chirurgien de Martigues, du nom de Thurlier. Qui pourrait nous donner des renseignements sur ce chirurgien ? Même question pour lord Egerton, médecin, qui donne sa propre médaille.

VII.-VIII. Je n'ai pas lu sans émotion la notice consacrée par M. Hanot au professeur Lasègue, que j'ai beaucoup connu. Elle est sincère et elle est vraie. Conformément à un usage que je me suis efforcé de toujours suivre pour ma part, l'auteur nous donne la liste complète des travaux du regretté professeur. C'est un document intéressant à conserver à la bonne place, celle des biographies bien faites et utiles. L'éloge de Marcé, mort à 36 ans, écrit par M. Ritti, toutes proportions gardées, est également intéressant. Il est aussi suivi de la liste des travaux de notre ancien collaborateur de la Gazette médicale, mort prématurément.

Dr A. Dureau.

Société anatomique. — Cette Société vient de décider que le prix Godard serait décerné, en janvier 1885, au meilleur mémoire d'anatomie pathologique. Tout le monde est admis à concourir, à l'exception des membres titulaires et honoraires de cette Société.

* * *

— M. le docteur Péan, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, reprendra ses leçons de clinique chirurgicale et ses opérations, le samedi 19 avril, à neuf heures et demie, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

— M. le docteur Doléris, chef de clinique d'accouchements, recommencera le 25 avril son cours d'obstétrique. Ce cours sera complet en deux mois.

On s'inscrit 89, rue d'Assas, tous les jours à quatre heures et demie.

— M. le docteur Chassagny (de Lyon) fera lundi prochain, 21 courant, à midi, à l'Ecole pratique, une conférence sur un nouveau forceps, avec théories inédites et expériences à l'appui.

Cette jeune fille, d'une santé toujours délicate, porte au cou des cicatrices scrofuleuses; elle a eu quelques bronchites, une angine grave, et il y a deux ans la rougeole. Huit jours avant son entrée à l'hôpital, subitement, elle ressent un point de côté intense, mal à la tête, des frissons. Pendant une semaine, elle reste chez ses parents et ne vient à l'Hôtel-Dieu que le 14 janvier.

Elle souffre beaucoup du côté gauche et est très fatiguée par une céphalalgie continuelle, le manque de sommeil et la diarrhée. Sa température est très élevée, 40°,9; sa respiration précipitée. Le poumon droit paraît sain; le gauche donne en arrière, à la percussion, une matité complète de l'épine de l'omoplate à la base. Dans cette zône, on entend de nombreux frottements à timbre métallique, en même temps qu'un souffle assez intense de pleurésie; en avant skodisme des plus manifestes et frottements secs, nombreux, à partir de deux ou trois centimètres au-dessous de la clavicule.

Poudre de digitale, 0,20 centigr. Vésicatoire.

17 janvier. — Le souffle tubaire remonte en arrière jusqu'au sommet du poumon, ainsi que la matité; les frottements métalliques ont presque disparu en entier. En avant, les frottements nombreux et forts empêchent l'auscultation du cœur. Le pouls est petit, misérable, précipité. La malade va sous elle; sa figure est rouge, ses lèvres et ses mains tendent à la cyanose. T. M. 40°. T. S. 40°,4.

19 janvier. — Mêmes signes pulmonaires. Les battements du cœur sont affaiblis, lointains. Le ventre est un peu tendu. T. M. 40°,4. T. S. 41°,2.

25 janvier. — La malade, devenue absolument sourde, est dans un véritable état typhoïde; elle continue à aller sous elle, et l'ongle, promené sur son abdomen, fait apparaître des raies comme dans la granulie; de plus, il est survenu de la gangrène de la vulve.

Les frottements métalliques pleuraux sont réapparus à gauche avec le souffle tubaire; ils simulent des gargouillements du haut en bas de la poitrine.

A droite, on entend des râles humides nombreux disséminés en avant et en arrière. T. M. 39°,2. T. S. 40°,4. Todd, quinquina, toniques.

4 février. — Après quelques alternatives de mieux et de plus mal, l'état est aujourd'hui des plus graves. La malade cyanosée, sourde, ne parle plus. Elle a quelques fuliginosités sur la langue et les lèvres, une diarrhée toujours abondante, le ventre ballonné. La gangrène de la vulve persiste, les jambes et les cuisses sont infiltrées d'œdème.

A gauche, le souffle et les frottements simulent absolument des gargouillements cavitaires; en avant, le skodisme a disparu pour faire place à de la matité. A droite, râles disséminés.

11 février. — La malade paraît se réveiller un peu; elle a moins de surdité, de diarrhée et d'œdème; mais, depuis quelques jours, elle a une eschare au sacrum. L'auscultation donnant des signes que l'on peut rapporter à la tuberculose, nous examinons les crachats, qui sont du reste purulents depuis plusieurs jours. Cet examen, pratiqué à cinq reprises différentes dans l'espace d'une semaine, donne toujours un résultat négatif; nous ne pouvons constater la présence d'un seul bacille tuberculeux. M. Talamon, qui veut bien examiner les crachats, constate aussi l'absence de bacilles.

A partir du 11 février, l'état général paraît s'améliorer; la fièvre varie entre 38° le matin et 38°,4 le soir. La malade est moins sourde, répond aux questions, mange un peu. La diarrhée a beaucoup diminué, ainsi que l'expectoration. Plus d'œdème; la gangrène de la vulve est en bonne voie de guérison. Mais les signes d'auscultation et de percussion restent invariablement les mêmes, et plusieurs personnes portent le diagnostic de phisie pulmonaire.

Le 25 février, sans qu'on puisse s'expliquer pourquoi, l'état s'aggrave: la langue se sèche, la respiration se précipite, la figure se décompose, le pouls devient misérable et la diarrhée recommence abondamment. En l'espace de deux heures, la malade tombe dans le coma. — T. M. 40°. T. S. 40°,2.

Le 26 février. — Mort.

Autopsie. — La plèvre gauche a quelques adhérences; du haut en bas, en avant et en arrière, elle est recouverte de fausses membranes épaisses, jaunes et purulentes, de consistance molle et gélatineuse. Peu de pus libre dans la cavité pleurale.

Le poumon gauche, petit, revenu sur lui-même, dur à la coupe, plonge dans l'eau. On ne peut y trouver un seul tubercule. Les bronches laissent écouler des mucosités mélangées à du pus qui s'accumule en tous petits points à l'extrémité des bronchioles.

Dans le poumon droit, congestion, mucosités; à la base de son pédicule, un ganglion caséeux.

Le péricarde est adhérent à la plèvre gauche; rien à la face interne.

Dans le cœur, rien à gauche. A droite, sur la valvule tricuspide, se trouvent de grosses végétations friables, se désagrégeant sous le doigt à leur bord libre. Elles sont blanches avec tendance à la coloration jaunâtre.

L'intestin, l'utérus, le foie, les reins, la rate, ne présentent pas d'infarctus. Rien d'anormal.

Après l'autopsie, nous avons fait diverses préparations du poumon gauche et du ganglion caséeux; en aucun point nous n'avons constaté la présence de bacilles tuberculeux.

Notre malade a donc succombé à une pleurésie probablement purulente d'emblée; la marche de la maladie, son allure typhoïde, les eschares du sacrum, la gangrène de la vulve, la purulence rapide de l'épanchement et enfin les végétations tricuspidiennes constatées à l'autopsie nous font croire que par-dessus tout dominait un état général infectieux dont nous n'avons pu trouver la cause.

On ne saurait incriminer la rougeole qui remontait à 2 ans; un instant on a cru à la possibilité d'un accouchement caché avec rétention placentaire, mais un examen plus minutieux a fait abandonner cette idée et l'autopsie du reste nous a montré un utérus normal et nullipare. Aussi pouvait-on penser à la tuberculose. L'aspect de la malade, les cicatrices scrofuleuses du cou justifiaient ces craintes et il était difficile de ne pas se laisser influencer par les signes stéthoscopiques. A gauche, les bruits étaient nettement cavitaires, gargouillements et souffle; à droite, des râles sous-crépitants persistaient quelque temps pour disparaître et revenir.

L'auscultation de la voix et de la toux ne donnait pas grands renseignements. Mais l'existence des frottements métalliques dès les premiers jours de la maladie et surtout l'absence de bacilles tuberculeux dans les crachats, vérifiée à plusieurs reprises d'une façon absolue, firent maintenir le diagnostic, posé tout d'abord, de pleurésie probablement purulente d'emblée.

Les bruits cavitaires, en effet, ont été signalés depuis assez longtemps dans la pleurésie, surtout, il est vrai, dans les épanchements chroniques, aussi bien simples que purulents; mais c'est surtout le souffle amphorique qui paraît avoir été observé le plus fréquemment. Il est dû, tous les auteurs s'accordent pour le reconnaître, soit à l'induration du poumon, soit à un certain degré de congestion de l'organe et à son application plus rigoureuse sur les gros tuyaux aériens par le fait de l'épanchement; « il n'est autre chose que le retentissement du bruit respiratoire trâchéal transmis à l'oreille » (Béhier). Le gargouillement est mentionné moins souvent, et les opinions émises pour l'expliquer varient avec les observations: tantôt il est produit par des râles de bronchite qui prennent un

caractère éclatant; dans un cas, Rilliet et Barthez l'attribnent à un retentissement de bruits laryngés; dans nn autre, ils disent que les phénomènes stéthoscopiques ont été modifiés par une circonstance accidentelle inconnue.

Chez notre malade, le souffle était bien dû à l'induration du poumon et à sa condensation par les fausses membranes. Mais les râles sons-crépitants de bronchite n'auraient pu donner à eux seuls des gargouillements aussi gros et aussi bruyants dans tous les points du poumon, du sommet à la base, sans aucune variation pendant longtemps dans les signes d'auscultation. L'examen de la plèvre et des fausses membranes épaisses, gélatineuses, dont elle était tapissée du baut en bas, nous fait penser que ces bruits n'étaient autre que des frottements qui devaient à la nature de ces fausses membranes leur consonnance particulière. M. Empis, après avoir observé plusieurs cas de pleurésies avec gargouillement, est arrivé à conclure que trois conditions sont nécessaires pour la production de ce phénomène : il faut que les fausses membranes soient molles, qu'elles soient infiltrées de pus on de sérosité, en dernier lieu que le poumon reste en partie perméable. Ces trois conditions étaient réunies chez notre malade; le poumon, plue petit qu'à l'état normal, il est vrai, était loin d'être ratatiné contre la colonne vertébrale et devait se laisser pénétrer par une petite quantité d'air.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Chirurgie

SUTURE INTESTINALE.

La suture de l'intestin ne peut être faite que sur un intestin sain et débarrassé de son contenu.

Les hernies gangrénées, les tumeurs, l'occlusion intestinale, indiquent la résection et consécutivement la suture de l'intestin; ou bien on peut établir un anus artificiel qu'on fermera ensuite en suturant l'intestin.

L'exécution de la snture doit être précédée d'une suture provisoire de la paroi abdominale, pour éviter l'abaissement de la température toujours dangereux, l'écoulement du contenu intestinal dans l'abdomen et faciliter l'occlusion provisoire des deux extrémités à réunir.

L'anse suturée doit être réduite, la plaie abdominale suturée, à l'occasion la jonction radicale faite pour la hernie. Il est superflu et dangereux de drainer le péritoine et de fixer l'anse suturée.

Les premiers jours après l'opération, une diète sévère est de rigueur; autant que possible, éviter toute nourriture les deux premiers jours. L'intestin est pendant ce temps immobilisé par l'opium.

(REICHEL. *Casuistische Beitræge zur circulæren Darmresection und Darmnaht.* DEUTSCH. ZEITSCH. F. CHIRURG., nov. 1883, p. 230.)

CANCER DE L'INTESTIN. — COLOTOMIE.

L'auteur a rassemblé 43 cas de colotomie au-deseus de l'S iliaque, puis 18 cas de colectomie. Il se prononce pour la méthode suivante : extirper d'abord la tumeur, faire un anus artificiel qu'on fermera plus tard.

(CARL MAYDL. *Ueber den Darmkrebs.* Wien, 1883. Wilhelm Braumüller, p. 130.)

UNE NOUVELLE MÉTHODE D'AMPUTATION.

Pour placer les plaies d'amputation dans les meilleures conditions possibles de réunion par première intention, on emploie à la clinique de Kiel une suture en étage.

Le périoste, puis les muscles, enfin la pean, sont suturés soigneusement, de façon à empêcher toute anfractuosité. Dans 14 cas compliqués, grâce à ce procédé, 13 fois la réunion par première intention a été obtenne.

Pour terminer, l'auteur donne les résultats de ses recherches sur le pouvoir absorbant des diverses substances. Il donne la préférence à la tourbe en poudre.

(G. NEUBER. *Eine neue Amputation methode.* MITTHEIL. AUS DER CHIR. KLINIK. ZU KIEL, HERAUSG. von F. Esmark. Kiel, Lipsius et Tischer, 1883.)

OSTÉOTOMIE SOUS-TROCHANTÉRIENNE DOUBLE.

Observation très curieuse accompagnée de deux planches représentant avant et après l'ostéotomie un malade atteint, à la suite d'une ostéomyélite, d'ankylose ilio-fémorale double compliquée d'ankyloee du genou droit.

Le 29 juin 1880, ostéotomie cunéiforme du fémur droit; le coin fémoral se trouve à quelquec centimètres au-dessous de la base du trochanter; à 3 cent. 1/2 de base, 1 1/2 à sa partie interne. — Lavage : solution phéniquée à 1/20. Drainage. Pansement de Lister. — Extension avec poids de 3 kilog.

A gauche, l'opération est faite le 9 mai 1881. Excision d'un coin fémoral dont la base mesure 5 cent. Irrigation de la plaie avec 1/100 chlorure de zinc, suture, drainage, pansement de Lister. Extension : 5 kilos. Le 17 juillet, le malade est laissé sans pansement.

Les fémurs qui étaient croisés l'un sur l'autre sont redressés, la jambe droite est un centimètre plus longue que la gauche : le malade peut marcher et même courir.

(LEDERRHOSE. *Doppelseitige osteotomie subtrochanteria wegen Ankylose beider Hüftgelenke.* DEUTSCH. ZEITSCH. F. CHIRURG., déc. 1883.)

DE L'ÉLONGATION DE LA MOELLE ÉPINIÈRE.

En faisant des expériences sur le cadavre, Hégar a constaté que les enveloppes de la moelle et celle-ci elle-même étaient susceptibles de subir un certain allongement. Cette élongation se produit par la flexion du thorax sur le bassin; elle devient plus marquée lorsque la flexion de la tête sur la poitrine vient s'y ajouter et atteint enfin son maximnm lorsque, tout en fléchissant le tronc et la tête, on plie les cuisses sur le bassin en exerçant à travers la peau une traction sur les nerfs sciatiques. Tous ces résultats ont été obtenns en mesurant, dans ces différentes positions, l'intervalle compris entre deux fils préalablement passés à travers les enveloppes; il est à noter d'autre part que ces modifications sont surtout accentuées au niveau de la colonne lombaire, selon le consensus de tous les auteurs, sur laquelle ont du reste exclusivement porté les recherches d'Hégar.

Aux dépens de quels éléments se fait cette extension? Il est besoin d'autres expériences pour le décider; toujours est-il qu'elle existe et que c'est à la flexion du corps déterminant cette élongation médullaire et dont l'effet peut se faire sentir, très atténué il est vrai, jusqu'au cerveau, que l'auteur attribue l'origine de certains troubles nerveux, en particulier au moment de la pnberté, alors que, à la congestion physiologique de la moelle lombaire, centre génital ainsi qn'on le sait, vient

se joindre nne irritation mécanique. Dans ces conditions, il n'y a évidemment rieu d'étonnant à voir apparaître des phénomènes pathologiques.

(A. HÉGAR. *Die Dehnung des Rückenmarks.* WIEN. MEDIC. BLÆTTER, 1884, nos 3 et 4.)

PAUL BERTHOD.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Anatomie et physiologie

I. DÉVELOPPEMENT DES CAVITÉS ET DES MOYENS D'UNION DES ARTICULATIONS, par le docteur G. VARIOT. Paris, Octave Doin, 1883. 1 broch. in-8 de 84 pages avec deux planches lithographiées. — II. DÉVELOPPEMENT DE LA VESSIE, DE LA PROSTATE ET DU CANAL DE L'URÈTHRE, par le docteur CH. DEBIERRE, agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. Paris, O. Doin, 1883. Broch. de 104 pages, avec gravures dans le texte. — III. DÉVELOPPEMENT DE L'UTÉRUS ET DU VAGIN, par le docteur GUSTAVE IMBERT, prosecteur de la Faculté de médecine de Lyon. Paris, O. Doin, 1883, broch. de 101 pages avec gravures dans le texte. — IV. RECHERCHES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES SUR LE MUSCLE STERNO-CLÉIDO-MASTOÏDIEN, par le docteur O. MAUBRAC, prosecteur de la Faculté de médecine de Bordeaux. Paris, O. Doin, 1883. Broch. de 61 pages avec planches lithographiées. — V. COURS DE PHYSIOLOGIE PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Physiologie générale, génération, organes des seus), par O. CADIAT, agrégé à la Faculté de Paris. Paris, O. Doin, 1883. Broch. autographiée de 235 pages avec figures dans le texte.

I. Le jury du dernier concours d'agrégation en anatomie et physiologie a cru devoir proposer aux candidats dans cette section une euquête embryologique analogue à celle que les médecins et les chirurgiens avaient poursuivie à propos du tubercule. Comme le fait avec raison observer M. Variot au début de son travail sur le *Développement des articulations*, l'embryologie n'est guère cultivée dans uotre pays; et, aussi bien eur la question qu'il avait à traiter qu'à propos de celles échues à ses concurrents, on peut faire cette remarque générale qu'il faut aller puiser les éléments de tout travail d'embryologie dans les traités spéciaux et dans les mémoires originaux parus à l'étrauger. Ce n'est pas à dire que nous ne possédions point en France de savants propres et souvent mêmes habiles à cultiver l'embryologie; mais cette science est absolument étrangère aux programmes de l'enseignement officiel, tant des sciences médicales que des sciences naturelles, et il n'existe qu'un laboratoire qui lui soit exclusivement réservé, celui de M. le professeur Balbiani au Collège de France. Tant que les choses resteront dans cet état, il n'y aura point, à proprement parler, d'école embryologique française, et ceci au grand détriment de la science anatomique tout entière. Car, en effet, qu'est-ce que l'embryologie, sinon la base la plus solide de toute la morphologie moderne? Et il ne faut pas croire qu'une bonne conception morphologique d'un objet anatomique donué soit entièrement spéculative et ne donne naissance à aucune déduction applicable à la pathologie. Savoir d'où vient et comment se développe un organe, conduit à connaître non seulement ce que cet organe *représente* au point de vue de la morphologie transcendante, mais encore ce qu'il *vaut* quant à ses aptitudes fonctionnelles et pathologiques. Une formation dérivée des feuillets épithéliaux, par exemple, se comportera, devant les causes morbigènes, le plus souvent tout différemment qu'une autre dérivée du feuillet moyen; ces causes y induiront des réactions toutes différentee; les lésions prendront, de par l'origine même de l'objet lésé, une physionomie et des aptitudes évolutives spéciales. Est-il rien de plus intéressant pour le pathologiste que la connaissance de pareilles tendances, si l'on parvient un jour à les bien établir et catégoriser?

M. Variot, à la fin de sa consciencieuse étude sur le développement des articulations, aurait certainement rendu service s'il avait cherché à dégager, de l'ensemble des faits anatomiques exposés, quelques notions utiles dans le sens que je viens d'indiquer. Mais peut-être ne l'a-t-il point fait pour éviter le reproche d'avoir outrepassé les limites de l'anatomie pure, auxquelles il semblait astreint par la nature même du concours. Il s'est borné à indiquer successivement les phénomènes relatifs à l'*apparition embryonnaire des cavités articulaires* et à la formation des *éléments divers de l'articulation* une fois dessinée (cartilages d'encroûtement, fibro-cartilages, ligaments périarticulaires et enfin synoviales). Dans la secoude partie de son mémoire, il étudie le développement individuel de la plupart des articulations du corps humain qui, entre deux mois et demi et trois mois et demi, prennent chacune le type définitif qui leur est propre. Je ne saurais trop louer l'auteur d'avoir ainsi comblé une lacune importante de la science; personne, depuis Velpeau, ue s'était astreint à passer en revue les modifications spéciales à chaque articulation et survenant au cours de la vie fœtale. A ce point de vue, le mémoire de M. Variot est un véritable travail original et se distingue par là même de la plupart des revues bibliographiques présentées au concours de l'agrégation sous le titre de thèses.

Quelle est, dans la conception adoptée par M. Variot, la signification morphologique d'une cavité articulaire? Toute cavité articulaire est, à la façon de la cavité pleuro-péritonéale, une formation du feuillet moyen interceptée dans une masse pleine par le mécanisme de la fissuration suivant un sens déterminé. C'est une *schyzocèle*, si l'on veut adopter la nomenclature de Huxley; et voici comment elle se constitue pour le cas particulier des articulations des membres.

Le modèle primitif du squelette d'un membre est formé par des cylindres continus, figurant les os futurs et constitués par des pièces de cartilage embryonnaire développées au sein du tissu connectif. Avec M. Ch. Robin, et contrairement à l'opiniou de Hagen-Torn et de Bruch, l'auteur admet que le squelette du membre entier constitue à l'origine nne masse continue et ne consiste pas en nodules reliés par du tissu fibreux non encore différencié. C'est à mon sens une opinion hasardeuse et je puis même dire fautive. Même dans ce que l'on a nommé la gaîne cartilagineuse insegmentée de la corde dorsale, chez les vertébrés à corde persistante, tels que les Elasmobranches (ex. Acanthias), j'ai en effet constaté que le cartilage vrai uait, par nodules distincts, au sein d'un tissu fibreux également vrai, et qui lui est préformé. L'on verra plus loin quelle conséquence découle d'une semblable opinion relativement à la conception du revêtement interne des capsules articulaires et des synoviales. Quoi qu'il en soit, lorsque les pièces ou les tiges cartilagineuses hyalines, modèles des os

futurs, se sont entièrement développées et qu'elles arrivent à se toucher, sur leur ligne de contact apparaît une bande particulière, (premier rudiment de l'interligne des surfaces et que l'on pourrait appeler l'*organe de l'articulation.* M. Variot la nomme simplement *bande articulaire*, terme d'ailleurs excellent et que je crois avantageux de substituer au terme de *mésochondre* adopté par Hagen-Torn; mais il lui assigne une nature cartilagineuse dès le début, ce que je ne crois pas exact d'après mes recherches personnelles. La bande articulaire est en effet d'abord fibreuse, Hagen-Torn a raison sur ce point; elle est formée de faisceaux fibreux fœtaux dans l'intervalle desquels sont des cellules connectives aplaties, comme dans un tendon embryonnaire, et à direction parallèle à celle de l'interligne articulaire futur. Au milieu de cette bande, on voit apparaître une ligne de délamination, puis la fissuration s'effectue de dehors en dedans, comme une rigole qui s'agrandit sans cesse vers le centre. Au début donc, la cavité articulaire représente un anneau au centre duquel les deux os cartilagineux contigus sont encore solidement reliés par la portion médiane de la bande articulaire. A la fin du développement, cette sorte de ligament interchondral a été détruit par la marche centripète de la fente; mais cette dernière est toujours plus étroite au centre que sur les côtés, ce qui rend compte du développement plus grand de la synoviale sur les parties latérales de l'interligne articulaire.

Les deux moitiés de la bande articulaire, séparées par la fente qui vient de se former, sont l'origine des cartilages d'encroûtement des deux extrémités osseuses en contact. Elles prennent lentement, mais progressivement, la constitution du cartilage hyalin; et, durant toute la vie, au voisinage de la surface articulaire, les éléments cellulaires de ce cartilage restent orientés parallèlement à la surface même, disposition bien connue qui s'explique tout naturellement par le développement, ce que l'auteur aurait avantageusement pu faire remarquer à la suite de sa description.

Les cavités articulaires étant formées entièrement aux dépens de la bande articulaire, et demeurant creusées dans cette bande, d'autre part M. Variot admettant que la bande articulaire est dès l'origine cartilagineuse, il suit de là qu'il est amené à endosser l'opinion de MM. Herrmann et Tourneux relative à la nature du revêtement interne des synoviales. Il rejette absolument l'existence de l'épithélium synovial et admet que le revêtement interne des cavités articulaires est formé par des cellules cartilagineuses. Je ne veux pas donner ici mon opinion personnelle sur le sujet, bien qu'elle soit déjà arrêtée, mais je puis affirmer que rien n'est moins impossible que de faire sur une synoviale une imprégnation d'argent régulière; et qu'en combinant ces argentations avec les méthodes connues de coloration, l'on peut acquérir à la fois la preuve que le revêtement des synoviales n'est ni un épithélium ordinaire ni un revêtement cartilagineux, mais une formation particulière du tissu connectif modelé. Ces reserves faites, je signale au lecteur de la GAZETTE le mémoire de M. Variot comme un excellent travail très personnel; et j'ai d'antant plus de plaisir à le faire que ce jeune et consciencieux anatomiste a été autrefois l'un de mes meilleurs élèves, un de ceux auxquels j'accorde le plus d'intérêt et d'amitié.

II. M. le docteur Debierre, maintenant l'un de nos agrégés à la Faculté de médecine de Lyon, a présenté au même concours une étude très complète sur le *développement de la vessie, de la prostate et du canal de l'urèthre.* Dans son mémoire, qui ne se prête pas à l'analyse, vu la grande complexité des phénomènes exposés, le lecteur trouvera d'une manière à peu près complète l'état actuel de la science sur l'importante question proposée à la critique du candidat. Je signalerai tout particulièrement le chapitre où se trouvent résumées les opinions diverses émises par les auteurs sur l'origine de l'allantoïde. Déterminer exactement cette origine est en effet chose importante, si l'on se place au point de vue des aptitudes fonctionnelles et pathologiques des parties développées. Quelle est en effet la signification morphologique de la vessie, vestige persistant de l'allantoïde? est-ce une formation ectodermique, c'est-à-dire ayant des aptitudes comparables à celles du tégument, ou au contraire une dépendance de l'intestin primitif? M. Debierre ne tranche pas, il est vrai, cette question d'origine, tout en faisant remarquer que la constitution de l'épithelium vésical, stratifiée et tout à fait différente de celle d'un point quelconque de l'entoderme (l'œsophage ne lui appartient pas), semble plutôt indiquer une origine ectodermique suivant la conception de MM. Robin et Cadiat. Je suis entièrement aussi de cet avis; et l'on pourrait ajouter que cet épithélium, qui dans l'état sain n'absorbe pas les cristalloïdes d'une manière sensible, se rapproche ainsi par ses fonctions du revêtement épithélial du tégument cutané.

Avec M. Cadiat, l'auteur reporte la formation de l'anus à une époque beaucoup plus précoce qu'on ne l'admet généralement (4ᵉ jour chez le poulet, 11ᵉ chez le lapin). Il insiste sur la constitution histologique de ses glandes et rapproche l'appareil glandulaire récemment décrit par M. Herrmann entre les deux lignes sinueuses du rectum, chez l'homme, de celui signalé depuis longtemps par von Siebold chez les amphibies et les reptiles. Enfin le mémoire est terminé par un important chapitre consacré à l'étude des malformations, qui y sont traitées d'une manière peut être sommaire, mais avec beaucoup de clarté.

III. M. Gustave Imbert avait à traiter la question du *développement de l'utérus et du vagin.* Il l'a fait en compulsant de son mieux les mémoires et les articles parvenus à sa connaissance, mais avec une absence absolue de critique indiquant qu'il s'est peu familiarisé avec les deux sciences qui pouvaient lui fournir les éléments d'appréciation afférents à son sujet: l'embryologie et l'histologie. Cette lacune le conduit à des erreurs même de terminologie (*prévertèbres* pour protovertèbres, par exemple) que l'on regrette de rencontrer dans un travail où d'ailleurs l'auteur a montré des qualités d'exposition qui font espérer mieux pour l'avenir.

IV. Il est maintenant assez difficile de faire, en anatomie descriptive, des travaux empreints d'un autre caractère que celui de l'originalité ou de la clarté dans l'exposition. Le mémoire de M. A. Maubrac est cependant un travail d'anatomie macroscopique pure, dans lequel l'auteur a su produire des faits nouveaux à propos d'un muscle que l'on croyait bien connu: le sterno-mastoïdien. Ce muscle est en réalité un groupe musculaire qui, dans son type parfait, est formé de quatre faisceaux: *sterno-mastoïdien, sterno-occipital, cléido-occipital, cléido-mastoïdien.* Il mérite donc d'être appelé *muscle quadrijumeau de la tête.* Il est d'ailleurs disposé sur deux plans: l'un profond, formé par le seul chef cléido-mastoïdien, l'autre superficiel, formé par les trois autres chefs. Chez l'homme, les faisceaux du quadrijumeau de la tête sont tous innervés par des filets venus d'une anastomose entre le spi-

nal et la troisième cervicale. En outre, le chef cléido-mastoïdien reçoit toujours des filets directs du spinal; les sterno et cléido-occipital en reçoivent souvent de la troisième cervicale.

Les sterno-mastoïdiens sont extenseurs de la tête; si la tête est légèrement fléchie, ils deviennent fléchisseurs. Les cléido-mastoïdiens augmentent le mouvement de flexion. Leur physiologie, comme leur anatomie, semble indiquer une dualité entre les deux chefs sternal et claviculaire qui, jusqu'ici, selon l'auteur, était restée trop méconnue. Le chef sterno-mastoïdien peut être considéré comme un muscle respiratoire. Inspirateur à la fin de l'inspiration, il peut, en se relâchant lentement, retarder l'abaissement du sternum, par suite celui du thorax entier, et en conséquence jouer le rôle d'un *ralentisseur de l'expiration*. Enfin, par la mobilité qu'il imprime à la tête, le muscle entier est un auxiliaire important des organes de la vision en permettant aux yeux d'embrasser la totalité de l'horizon, ce dont ils auraient été incapables par le propre jeu de leur musculature individuelle.

V. M. O. Cadiat vient de publier le sommaire autographié des leçons de physiologie professées par lui à la Faculté de Paris pendant l'année scolaire 1882-1883. Ce sommaire, enrichi de nombreux schémas reproduisant les figures faites au tableau, sera utile aux étudiants de la Faculté de Paris pour la préparation de leurs examens. Il leur permettra de rectifier leurs notes ou d'y suppléer. Il serait désirable que tout professeur agît de même et communiquât aux élèves ses propres notes autographiées. C'est d'ailleurs ce qui se fait dans les autres grandes Ecoles de l'Etat. Mais ce travail donne plus de peine que de satisfaction scientifique à l'auteur; aussi peu de nos maîtres l'entreprennent. L'on doit donc savoir gré à M. Cadiat du souci qu'il prend de l'intérêt des étudiants au détriment de ses études et de son repos. Son cours de physiologie a, de plus, un autre mérite sur lequel je veux insister. Il représente, en résumé très succinct, les applications de l'anatomie générale, telle que l'auteur la comprend, à la physiologie générale. C'était le désir dernier de Claude Bernard de voir enfin aborder la physiologie élémentaire, et M. Cadiat a rendu service à la science en initiant dans ce sens les étudiants d'une de nos grandes écoles professionnelles.

J. Renaut.

REVUE DES THÈSES.

De la métrite chez les tuberculeuses — Thèse, par M. Leplichey.

La métrite est très fréquente chez les tuberculeuses; souvent elle passe inaperçue des malades, aussi l'examen local a-t-il une haute importance. Les troubles menstruels de la phthisie ne sont pas l'expression de l'altération d'une fonction physiologique, mais le résultat d'une lésion utérine anatomique qui se développe sous l'influence de la diathèse. On a prétendu que chez les phthisiques l'ovulation était interrompue par l'arrêt de développement des vésicules germinatives et l'atrophie de l'ovaire; la menstruation étant intimement liée à l'ovulation, il en résulterait de l'aménorrhée. De nombreuses autopsies où l'on a constaté des cicatrices d'ovulation récente, des cas de conception au cours de l'aménorrhée, ont démenti cette théorie.

Aussi l'auteur pense que les troubles menstruels sont la conséquence d'une lésion anatomique, d'une métrite torpide devenue chronique sous l'influence de la diathèse qui peut exercer son action de trois façons: 1o par la présence de tubercules; 2o en anémiant la malade, épuisement de l'économie qui ne peut expliquer les troubles menstruels de la phthisie tout à fait au début; 3o par une action spéciale et directe imprimant à l'utérus une tendance manifeste à s'enflammer chroniquement en dehors de toute localisation phymatoïde. Cette dysmétrie, expression de la métrite, est analogue à la dyspepsie du début et souvent l'amène à sa suite. Les causes occasionnelles en sont les traumatismes, la grossesse, la rétention placentaire, etc. Aran disait qu'il existe un rapport inverse entre la marche des accidents utérins et celle de l'affection pulmonaire; cette proposition paraît vraie dans certains cas, mais est loin de constituer la règle.

La muqueuse est hyperémiée, facilement déchirable; la cavité est agrandie. Le col est dilaté, hypertrophié, surtout quant à sa lèvre antérieure; sa coloration est rouge, puis grisâtre. On constate des granulations qui s'exulcèrent, se réunissent et forment une ulcération de largeur variable; il y a un rapport étroit entre son étendue et l'abondance de la leucorrhée. Enfin viennent des fongosités pouvant saigner facilement.

La métrite primitive a un début insidieux; chez la jeune fille, les règles ne s'établissent pas à la puberté. Chez la femme survient de l'aménorrhée, rarement complète, mais qui, lorsqu'elle est brusque, produit souvent des hémoptysies supplémentaires; il s'établit une leucorrhée abondante, entraînant des démangeaisons vulvaires. Peu de douleurs, retentissement sur le système nerveux, l'estomac, etc.

La métrite secondaire se développe sous l'influence d'un trauma utérin. Vive inflammation; Douleurs intenses, métrorrhagies avec poussées aiguës successives. Puis les phénomènes aigus cessent et la métrite devient torpide; d'autres fois surviennent des complications (Pelvi-péritonite, adéno-lymphite.

Il faut, suivant l'auteur, proscrire les cautérisations, les scarifications, les douches, toutes les méthodes qui peuvent déterminer la moindre blessure ou contusion de la matrice; au contraire, éviter toute cause d'inflammation, lutter contre la diathèse, faire goutte à goutte des irrigations stimulantes, astringentes et toniques; contre la congestion du col, tampon glycériné; contre la douleur, les cataplasmes, la morphine, les 1/4 de lavements laudanisés.

Paul Dalché.

FORMULAIRE

Poudre d'iodoforme contre le cancer.
(Gillette.)

Rec. Iodoforme..................	18 grammes.
Sulfate de quinine........	3 —
Essence de menthe......	XL gouttes.
Charbon pulvérisé	15 grammes.

M. s. a. Appliquer de cette poudre sur la partie malade à l'aide d'un tampon.

L'emploi topique de cette poudre a l'avantage de supprimer à la fois la fétidité et les douleurs entretenues par les tumeurs cancéreuses.

Pour combattre la fétidité des cancers de l'utérus, on a préconisé dans ces derniers temps les applications topiques d'une solution de sublimé à un millième, qui est aujourd'hui l'agent antiseptique en vogue dans les services de chirurgie et d'obstétrique d'Allemagne.

E. R.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE.

Les eaux minérales d'Heucheloup. — Les sources d'*Heucheloup* font partie du groupe particulier de cette région hydrologique des

Vosges comprenant les sources analogues ou à peu près identiques de Saint-Vallier, Vittel, Outrancourt, Contrexéville, Martigny, etc., qui sourdent de terrains d'une constitution géologique uniforme.

Signalées par Bagard en 1763, étudiées par le docteur Poirot en 1834, dans sa thèse inaugurale, approuvées par l'Académie de médecine, en 1875, sur le rapport du regretté professeur Chevallier, fait au nom de la commission des eaux minérales composée de MM. Pidoux, Bouchardat, Moutard-Martin, Empis et J. Lefort, si les eaux d'Heucheloup ne sont pas entrées plus vite dans la thérapeutique hydro-minérale, c'est seulement à cause de la situation géographique des sources.

Aujourd'hui ces sources soigneusement captées ont été amenées d'Heucheloup à Hymont-Mattaincourt, situé à 9 kilomètres, avec une pente de 14 mètres, dans des tuyaux de porcelaine émaillée de 15 centimètres de diamètre, et M. Jules Lefort, le savant hydrologue de l'Académie de médecine, a constaté que, vu leur température constante et leur composition chimique, les eaux n'ont subi aucune altération ni aucun changement pendant le trajet.

Hymont-Mattaincourt est une station de chemin de fer entre Mirecourt et Epinal, à 2 kilomètres de la première de ces villes. Les eaux arrivent à moins de 200 mètres de la gare dans un parc bordé par la rivière le Madon, en face d'une colline où s'élève le tombeau du bienheureux père Fourrier.

Nous avons dit au commencement que les eaux d'Heucheloup appartenaient à la même classe que celles de Contrexéville et Vittel.

Elles contiennent deux fois plus de sulfate de chaux que Vittel et 17 centigrammes de plus que Contrexéville; elles sont deux fois plus riches en sulfates de soude et de magnésie que Contrexéville et Vittel; enfin elles ont un peu plus d'acide carbonique que cette dernière et un peu moins que la première. On peut s'en convaincre en jetant un coup d'œil sur le tableau suivant :

	Heucheloup.	Contrexéville. (Pavillon.)	Vittel. (Gde source.)
Sulfate de chaux....................	1,338	1,165	0,680
Sulfates de magnésie et de soude.	0,689	0,266	0,328
Acide carbonique....................	0,041	0,080	très peu.
	(Lefort.)	(Debray.)	(Jacquemin.)

Claires, limpides (d'une température de 12°), se conservant indéfiniment en bouteilles sans la moindre altération, ce qui les rend particulièrement précieuses pour la cure à domicile, les eaux d'Heucheloup, doot le débit est de 200 litres par minute, ont une saveur fraîche, acidule, légèrement atramentaire et laissent un arrière-goût un peu styptique. Elles ne fatiguent nullement l'estomac qui peut les supporter à hautes doses et les digère facilement. Leur absorption est très rapide et se manifeste par une accélération dans les sécrétions, particulièrement des urines et des selles. Ces dernières sont aqueuses, quelquefois bilieuses, multipliées pendant les heures consacrées à la boisson minérale et ne se reproduisent plus pendant le reste de la journée. Quant à la sécrétion des reins, elle est fortement activée, la quantité des urines rendues est très sensiblement augmentée et dépasse celle de l'eau ingérée.

Comme les eaux sulfatées calciques, les eaux d'Heucheloup possèdent une spécialisation particulière : d'un côté, contre les affections des voies urinaires; d'un autre, contre les affections du foie.

Dans la gravelle urique, lorsqu'il y a des douleurs rénales particulières, des dispositions au retour des coliques néphrétiques, ou lorsque les douleurs persistantes et les urines troubles annoncent un certain degré d'inflammation ou de catarrhe vers le rein, les eaux d'Heucheloup sont tout à fait indiquées. Dans la gravelle phosphatique, elles font merveille aussi. Elles agissent, non pas en désagrégeant les calculs, mais par une sorte de lixiviation, en entraînant les graviers, en déblayant et en lavant les reins, les uretères et la vessie.

Les catarrhes vésicaux sont encore tributaires des eaux d'Heucheloup; ils sont aussi heureusement influencés par elles que le sont les catarrhes de l'appareil respiratoire par les eaux sulfureuses. Après quelques jours de l'usage d'Heucheloup, ainsi que j'ai pu le constater personnellement sur plusieurs de mes malades, les urines deviennent claires et limpides, de troubles et bourbeuses qu'elles étaient; les envies d'uriner la nuit sont moins fréquentes; les malades urinent facilement et avec force.

Fortement laxatives, ainsi que nous l'avons dit plus haut, les eaux d'Heucheloup donnent des résultats très remarquables dans les engorgements du foie, l'ictère, la lithiase biliaire avec ou sans coliques hépathiques. On pourra aussi les employer dans les constipations symptomatiques d'entérite sèche ou d'atonie intestinale.

J'allais oublier la goutte, *« cette sœur de la gravelle »*, comme l'appelait fort justement Erasme. Les eaux sulfatées calciques d'Heucheloup rendent de très grands services aux goutteux, surtout dans l'intervalle des accès. Pour mon compte, je les conseille de préférence aux eaux de Vals ou de Vichy.

Par leur composition chimique et par leur action bienfaisante dans les diverses affections précitées, les eaux d'Heucheloup sont appelées à prendre une des premières places parmi les sources similaires.

(UNION MÉDICALE.) Dr PAUL LABARTHE.

BULLETIN

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

Différentes questions relatives aux intérêts professionnels vont se présenter à notre examen à l'occasion de la prochaine Assemblée annuelle de l'Association générale des médecins de France. On sait que l'ordre du jour de cette Assemblée porte, entre autres, la lecture de deux rapports : l'un, de M. Martinean, sur la *création d'un centre d'informations destiné à faciliter l'établissement de jeunes médecins et le remplacement de médecins forcés d'interrompre leur pratique pour cause d'absence*; l'autre, de M. Lunier, sur une proposition de loi concernant l'*exercice de la médecine*.

Les conclusions du premier rapport ne sauraient donner lieu à une discussion bien longue. La création, au siège de l'Association générale, du centre d'informations dont il s'agit répond si bien au desideratum signalé par la Société de Châtillon-sur-Seine et offre tant de garanties de toutes sortes aux intéressés qu'il n'y a véritablement qu'à applaudir.

Le rapport de M Lunier sera l'objet d'un débat plus étendu. La proposition de loi qu'il renferme, et qui n'est qu'une reprise des études commencées par le Conseil général en 1878, vient aujourd'hui en concurrence avec un autre projet déposé le 6 novembre dernier sur le bureau de la Chambre des députés par M. Chevandier (de la Drôme) et plusieurs de ses collègues.

Quand nous disons que les deux projets viennent en concurrence, nous n'entendons nullement les opposer l'un à l'autre; nous croyons au contraire qu'ils sont appelés à s'appuyer réciproquement. Celui de M. Chevandier a déjà été pris en considération par la Chambre des députés et ouvre ainsi la voie à l'autre. Celui-ci, émanant de la grande collectivité que représente l'Association générale, apporte évidemment un puissant appui à l'initiative de l'honorable député médecin et ne peut que contribuer à fixer davantage sur les réformes proposées l'attention et l'intérêt de nos législateurs.

Le projet de M. Chevandier, dans lequel l'auteur s'est surtout inspiré des travaux d'une commission constituée par le

CONCOURS MÉDICAL et un rapport fort remarquable rédigé au nom de cette commission par M. le docteur Geoffroy, comprend quatre points principaux :

1º Les deux ordres de médecins (doctorat et officiat);

2º Les conditions d'exercice de la médecine, sur le territoire de la République, par les docteurs ou gradés des universités étrangères;

3º L'exercice illégal de la médecine;

4º Les conditions d'études.

Ce plan nous paraît être un peu arbitraire et manquer d'homogénéité. La législation de l'an XI comprend l'exercice et l'enseignement de la médecine; de là deux grandes divisions qu'il est possible, et nous ajouterons, qu'il est utile de séparer dans le projet de réforme dont il s'agit, mais en remplissant entièrement le cadre de chacune d'elles. C'est ce que M. Lunier a fait dans son rapport; il a laissé de côté les questions d'enseignement ainsi que celles d'exercice de la pharmacie dont le Conseil général avait été saisi par la Société locale des Côtes-du-Nord; il s'en est tenu exclusivement à l'exercice de la médecine, a passé en revue toutes les questions qui s'y rattachent et formulé ainsi un projet de loi formant un tout complet, homogène, sur lequel la discussion risque moins de s'égarer et par suite l'entente est plus facile. Nous examinerons prochainement ce rapport, après qu'il aura été adopté par l'Assemblée générale, et étudierons parallèlement le projet de M. Chevandier.

Il est un autre projet qui, dans ces derniers temps, a fait pas mal de bruit dans la presse médicale : c'est celui de M. Surmay (de Ham) relatif à l'*institution d'un ordre des médecins* plus ou moins semblable à l'ordre des avocats. Il y aurait dans chaque arrondissement une Chambre médicale et à Paris un Conseil général de l'ordre qui auraient pour mission de veiller à la sauvegarde des intérêts et de l'honorabilité de la profession et pourraient, à cet effet, appliquer des peines disciplinaires. La question n'est pas nouvelle; elle a toujours été résolue par la négative, et nous ne doutons que le projet rédigé par M. Surmay, véritable code en l'espèce, soit propre à entraîner un revirement d'opinion. Nous montrerons qu'avec une bonne loi sur l'exercice de la médecine et une application bien comprise du principe d'association, il est facile de se passer d'une institution qui est en opposition flagrante avec nos vieilles traditions de liberté et d'indépendance

Il est d'autres questions à l'ordre du jour sur lesquelles nous ne tarderons pas à revenir. Telles sont la création d'une caisse de pensions de retraite du corps médical français; — l'organisation de l'assistance à domicile dans la ville de Paris; — la création récente d'un institut odontechnique, qui est comme une application anticipée de l'un des articles du nouveau projet de loi sur l'exercice de la médecine, etc., etc.; nous ne pouvons aujourd'hui que les indiquer.

Dʳ F. DE RANSE.

NOTES & INFORMATIONS

LE CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES. — Ce congrès a inauguré ses travaux mardi dernier à la Sorbonne. Depuis l'an dernier, il comprend six sections : section de philologie et d'histoire, section d'archéologie, section des sciences économiques et sociales, section des sciences mathématiques, physiques, chimiques et météorologiques, section des sciences naturelles et des sciences géographiques, section des beaux-arts. Une place des plus restreintes, dans la section des sciences naturelles, est faite aux sciences médicales. Le programme officiel des questions plus particulièrement recommandées n'en renferme aucune qui soit immédiatement afférente à la médecine et, parmi celles qui sont laissées à l'initiative des savants, on en relève un très petit nombre. Celles-ci seront l'objet d'une courte analyse dans le COMPTE RENDU GÉNÉRAL DES ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS MÉDICALES.

— L'HYPNOTISME A L'ACADÉMIE DES SCIENCES MORALES ET POLITIQUES. — L'hypnotisme a cessé d'être exclusivement dans les salles d'hôpital l'objet d'expériences; il vient de franchir les portes de l'Institut, par une voie un peu détournée il est vrai, car au lieu de se présenter, comme tout fait d'ordre physiologique, à l'Académie des sciences, il a fait son entrée à l'Académie des sciences morales et politiques. C'est M. Liégeois, professeur à la Faculté de droit de Nancy, qui lui a servi d'introducteur. Dans un mémoire fort curieux et intéressant, intitulé : *la Suggestion hypnotique dans ses rapports avec le droit civil et le droit criminel*, l'auteur commence par faire un historique fidèle des travaux scientifiques dont l'hypnotisme a été l'objet. Il rappelle ceux de l'abbé Faria, du général Noizet, du docteur Bertrand, de Jenner Braid, de M. Azam, du docteur Durand (de Gros) sous le pseudonyme de Philips, du docteur Liébault (de Nancy), de M. Bernheim, professeur à la Faculté de médecine de Nancy; il ne fait que mentionner les recherches de M. Charcot et de ses élèves sur les phénomènes hypnotiques chez les hystériques, ayant borné ses propres expériences à l'étude des suggestions d'actes chez des somnambules non hystériques. Nous passons maintenant la plume à M. Liégeois, ou plutôt à M. Arthur Mangin, qui a rendu compte de sa communication dans le JOURNAL OFFICIEL :

« Il résulte de ces expériences que toute personne mise en état de somnambulisme artificiel devient entre les mains de l'expérimentateur un pur automate, tant sous le rapport moral que sous le rapport physique. Elle ne voit que ce que celui-ci veut qu'elle voie, ne sent que ce qu'il lui dit de sentir, ne croit, ne veut, ne fait que ce qu'il lui ordonne de croire, de vouloir et de faire.

« L'opérateur, devenu son maître absolu et pour ainsi dire son âme, peut lui inspirer l'idée d'actes même criminels que, une fois réveillée et à plusieurs heures, à plusieurs jours, peut-être à plusieurs mois d'intervalle, elle accomplira fatalement de point en point. Des sujets soumis aux expériences de M. Liégeois sont allés ainsi, au jour et à l'heure fixés par lui, s'accuser au bureau de police ou chez le procureur de la République de crimes imaginaires, avec tous les détails et dans les termes mêmes qu'il leur avait dictés la veille ou l'avant-veille. D'autres ont reconnu des engagements qu'ils n'avaient jamais pris et signé des effets en bonne et due forme pour s'acquitter de dettes qui n'existaient pas. D'autres encore ont exécuté ou du moins cru exécuter, avec une effrayante docilité, des actes qui, sans les précautions prises par M. Liégeois, eussent été d'odieux forfaits. Une jeune fille, entre autres, a tiré sur sa mère, le plus tranquillement du monde, un coup de pistolet. Il va sans dire que le pistolet n'était pas chargé. M. Liégeois encore a donné à d'autres sujets toutes les visions, toutes les hallucinations qu'il lui a plu et qu'ils ont affirmées ensuite comme des réalités, avec la certitude absolue d'avoir vu, entendu, touché, éprouvé tout ce qu'il leur avait suggéré.

« M. Liégeois ne prétend point d'ailleurs avoir fait une découverte. Les conclusions auxquelles il est arrivé étaient déjà en germe dans le livre publié par M. le docteur Liébault en 1866; il n'a fait que reprendre l'idée de ce savant médecin, la développer, la soumettre à des épreuves réitérées et en tirer les conséquences au point de vue du droit civil et du droit criminel, en appelant sur cette matière l'attention des philosophes, des savants et des jurisconsultes »

La seconde partie du mémoire sera consacrée à l'exposé des

conséquences qui viennent d'être indiquées. Nous nous bornons ici à analyser ; nous ne discutons pas.

R. F. D.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — OBSÈQUES DE M. J.-B. DUMAS. — Les obsèques de M. J.-B. Dumas ont eu lieu mardi dernier au milieu d'un immense concours de savants, d'anciens élèves et d'amis. Chacune des Académies et des Sociétés savantes dont M. Dumas faisait partie avait envoyé une députation. L'église Sainte-Clotilde était trop petite pour contenir ceux qui étaient venus rendre un hommage suprême au savant qui restera l'une de nos grandes gloires nationales.

La famille avait dû limiter le nombre dss discours qui devaient être prononcés sur sa tombe : c'est pourquoi l'Académie de médecine n'a pas eu d'interprète. Ont pris successivement la parole MM. d'Haussonville au nom de l'Académie française, Rolland et Bertrand au nom de l'Académie des sciences, Wurtz, au nom de la Faculté des sciences et de la Faculté de médecine, Cauvet au nom de l'Ecole centrale, dont M. Dumas a été l'un des fondateurs, Melsens (de Bruxelles) au nom de l'Académie de médecine de Belgique.

Nous relevons, à la fin du discours de M. d'Haussonville, les lignes suivantes, qu'il a empruntées lui-même à M. Dumas disant un dernier adieu à son collègue Regnault, et qui s'appliquent si bien à celui que la science vient de perdre : « L'Académie, fidèle interprète de la postérité et seule héritière de votre renommée, s'empresse de rendre un hommage public d'affection pour votre personne, de reconnaissance pour vos grands et nobles travaux, de respect pour vos éclatants services, en attendant que la science et la patrie payent leur dette à votre mémoire, digne de tous les honneurs. »

La postérité ne saurait se montrer moins reconnaissante envers Dumas que la génération au milieu de laquelle il a vécu, et où il ne comptait que des admirateurs

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le professeur Trélat reprendra ses leçons de clinique chirurgicale, à l'hôpital Necker, le mardi 22 avril 1884, à dix heures du matin, et les continuera les mardis et jeudis suivants, à la même heure.

— M Jalaguier, prosecteur, est maintenu dans ses fonctions jusqu'au 30 septembre 1884.

FACULTÉ DES SCIENCES DE LYON. — Par décret du président de la République, M. le docteur Arloing, agrégé à la Faculté de médecine, est nommé professeur de physiologie à la Faculté des sciences.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — MM. Truc et Jalouzey sont nommés prosecteurs, en remplacement de MM. Cénas et Laquaite, dont le temps d'exercice est périmé.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Un concours pour la place de chef de clinique ophthalmologique s'ouvrira à la Faculté de médecine de Nancy le mardi 6 mai 1884, à onze heures du matin. La durée des fonctions du chef de clinique ophthalmologique est de trois ans, avec un traitement annuel de 1,000 francs. Sont admis à concourir les docteurs en médecine français, non pourvus du titre d'agrégé, et les étudiants ayant soutenu les cinq examens de doctorat.

ECOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — MM. Bidon et Boy-Teissier sont nommés chefs de clinique médicale.

MM. Pluyette et Dor sont nommés chefs de clinique chirurgicale.

M. Benet est nommé chef de clinique obstétricale.

***

ASSISTANCE PUBLIQUE.—*Amphithéâtre d'anatomie.*—Programme des cours du semestre d'été (année 1884).

1° *Cours de médecine opératoire.* — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux sont prévenus que M. le docteur Tillaux, chirurgien de l'hôpital Beaujon, directeur des travaux anatomiques, ouvrira le cours de médecine opératoire le lundi 21 avril 1884, à quatre heures.

M. le docteur Tillaux traitera des *résections* et des *opérations spéciales* les lundis et vendredis.

M. le docteur Le Bec, premier prosecteur, traitera des *amputations* les mardis et jeudis.

M. Ricard, deuxième prosecteur, traitera des *ligatures d'artères* les mercredis et samedis.

2o *Conférences d'histologie.* — Des conférences sur *l'histologie normale et pathologique* continueront à être faites par M. le docteur Armand Siredey, chef du laboratoire.

MM. les élèves seront chaque jour, sous sa direction, exercés au maniement du microscope.

NOTA. — Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique.

— La dernière épreuve d'admissibilité du concours pour la nomination à deux places de chirurgien du Bureau central s'est terminée le mercredi 9 avril au soir. Les candidats déclarés admissibles sont : MM. Nélaton, Pengrueber, Campenon, Jalaguier, Bazy, Marchand, Ramonède et Picqué. Les questions qui ont été données à l'épreuve orale sont : 1° *Des accidents des grosses hernies inguinales ;* 2° *Des rétrécissements du rectum ;* 3° *Anatomie pathologique et diagnostic des kystes et des tumeurs de l'ovaire.*

— Les trois questions qui ont été données jusqu'à ce jour pour l'épreuve orale d'admissibilité du concours pour la nomination à deux places de médecin du Bureau central, sont : 1o *La pleurésie interlobaire ;* 2o *Du cancer de l'intestin ;* 3° *De l'hydronéphrose ;* 4o *Des accidents de la vaccine.*

— Le sujet de la question écrite (première épreuve) donnée aux candidats du concours pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux de la ville de Paris a été : 1° *Paroi antéro-latérale de l'abdomen ;* 2° *De l'effort.*

— Les épreuves d'admissibilité du concours pour le prosectorat se sont terminées le 7 avril au soir. Ont été reconnus admissibles : MM. Barette, Tuffier, Chaput, Walther, Pousson, Broca, Phocas et Verchère. Les questions données étaient : 1o Epreuve écrite : *Veine porte (anatomie et physiologie) ; anatomie pathologique des hémorrhoïdes ;* 2° Epreuve orale : *Articulations des corps vertébraux.—Paroi externe des fosses nasales et diverticulums qui en dépendent.*

BUREAUX DE BIENFAISANCE. — Le mercredi 30 avril 1884, il sera procédé, dans une des salles de la mairie du XX° arrondissement, à l'élection d'un médecin du bureau de bienfaisance. Le scrutin, ouvert à midi, sera fermé à quatre heures.

***

— Par arrêté ministériel, MM. les docteurs Bertillon et Chervin ont été nommés membres de la commission chargée d'étudier les mesures à prendre pour la création d'un conseil supérieur de la statistique.

— Par arrêté préfectoral en date du 1er avril 1884, ont été nommés médecins inspecteurs des écoles de Paris :

Dans le IVe arrondissement, M. le docteur Nérisot (2e circonscription); M. le docteur Guyard (4e circonscription).

Dans le VIe arrondissement (1re circonscription), M. le docteur Monin.

* * *

L'Association française pour l'avancement des sciences tiendra sa treizième session annuelle, dans la ville de Blois, du 4 au 11 septembre 1884, sous la présidence de M. Bouquet de La Grye, membre de l'Académie des sciences.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 4 AU JEUDI 10 AVRIL 1884.

Fièvre typhoïde 36. — Variole 1. — Rougeole 42. — Scarlatine 3. — Coqueluche 8. — Diphtérie, croup 61. — Dysentérie 0. — Erysipèle 3. — Infections puerpérales 8. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 61. — Phthisie pulmonaire 231.— Autres tuberculoses 18. —Autres affections générales 65 — Malformation et débilité des âges extrêmes 47. — Bronchite aiguë 32 — Pneumonie 105. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 49, — au sein et mixte 22. — Inconnu 9. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 107. — de l'appareil circulatoire 83. — de l'appareil respiratoire 82. — de l'appareil digestif 56 — de l'appareil génito-urinaire 40. — de la peau et du tissu lamineux 1. — des os, articulations et muscles 6. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 38. — Causes non classées 5. — Total de la semaine : 1219 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE DANS LA TUBERCULOSE EXTERNE, par le docteur Lucien Petitot, ancien interne des hôpitaux, — Paris, G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

TRAITEMENT DE L'ENGORGEMENT DU COL UTÉRIN PAR LES CAUTÉRISATIONS AVEC LE CAUSTIQUE FILHOS, par le docteur G. Richelot, brochure in-8. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

TRAITEMENT RATIONNEL ET PRÉVENTIF DE LA FIÈVRE JAUNE, par le docteur Chabassus, médecin principal de la marine, brochure in-8. — Prix : 1 fr. 50. — Librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon, Paris.

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE DANS LES TUMEURS DE LA VESSIE CHEZ L'HOMME, par le docteur P. Bazy, chef de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu, brochure in-8. — Prix : 1 fr. 50. — Librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon.

DE L'INFLUENCE DE LA CONGESTION CHRONIQUE DU FOIE DANS LA GENÈSE, par le docteur Poncel, in-8. — Prix : 3 fr. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

CLINIQUE MÉDICALE, tome III. TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE OU DOTHIÉNENTÉRIQUE, par Noël Gueneau de Mussy, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu. 1 vol. in-8. — Prix : 12 fr. — Cartonné : 14 fr. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs, 23, place de l'École-de-Médecine.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

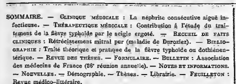
Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart, Paris.

55e année. 7e série. Tome Ier. № 17 26 AVRIL 1884

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr F. de RANSE;
Membres : MM. les Drs J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN;
Secrétaire : M. le Dr E. RICKLIN.

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.



CLINIQUE MÉDICALE

LA NÉPHRITE CONGESTIVE AIGUË INFECTIEUSE, conférence de M. le professeur RENAUT à l'hôpital de la Croix-Rousse de Lyon. (Recueillie par M. LECLERC, interne du service.)

Messieurs,

Vous venez de voir au nnméro 45 de notre salle Sainte-Blandine une femme âgée de quarante-trois ans et qui ne présente plus rien d'anormal qu'une polyurie assez considérable. Elle rend actuellement par jour en moyenne trois litres d'une urine claire, d'une densité à peine différente de celle de l'eau (1,010o) et qui, sous l'influence de l'acide azotique chargé de vapeurs d'hyponitride, prend rapidement une coloration rose intense, due au développement des chromogènes. Cette malade va bientôt quitter le service et reprendre ses occupations habituelles; il y a quelques semaines, cependant, elle fut apportée à l'hôpital dans un état si grave que mon élève et ami le docteur Durand, qui la voyait en ville, jugeait sa situation à peu près désespérée.

Le 3 février 1884, en effet, M. Durand nous l'adressait avec le diagnostic dubitatif de fièvre typhoïde grave, à forme rénale; nous la trouvions en proie à une fièvre intense et de type ascensionnel continu. La température montait d'un degré par jour, en droite ligne, sans rémission aucune, et le 5 février au soir elle avait atteint 40o,5. Elle devenait en conséquence hyperpyrétique et dangereuse par elle-même, par ses effets sur les tissus ; il était évident que, si cette marche ascensionnelle de la fièvre ne s'arrêtait pas ou n'était pas artificiellement enrayée, la malade allait mourir, et du fait de la fièvre elle-même. Car vous n'ignorez pas que la prolongation des hautes températures, et surtout l'ascension thermique progressive sans aucune rémission, exercent sur l'organisme une action rapidement destructive.

Mais ici il ne s'agissait nullement de cette forme grave de la dothiénentérie si bien étudiée et mise en lumière par mon ami Albert Robin, ni même d'une typhoïde ordinaire. Le facies de la malade n'était pas, vous vous en souvenez, celui d'une typhoïdique; à la place de l'état vultueux et comme fleuri de la face presque spécial aux dothiénentériques, on ne voyait rien que cette pâleur cendrée, la *pâleur hyperpyrétique*, qui accompagne la fièvre poussée au-delà de ses limites supérieures ordinaires. Aucune prostration n'existait, aucune stupeur; le décubitus n'était pas constamment dorsal, les gestes restaient faciles, la langue n'était ni empâtée ni fuligineuse, à peine un peu sèche. Enfin le ventre avait, point important dans l'espèce, conservé son modèle normal; il n'existait ni gargouillement, ni diarrhée, ni hypertrophie de la rate; et jamais, à aucun moment de l'évolution morbide, les taches lenticulaires rosées ne se montrèrent à la peau. Jamais non plus il n'exista trace d'exanthème quelconque, ni d'angine, ni enfin de desquamation des mains pouvant faire songer à une scarlatine fruste ni à aucune des affections sur le compte desquelles on rejette ordinairement les causes des albuminuries

FEUILLETON

REVUE MÉDICO-LITTÉRAIRE.

Suite. — Voir le numéro 8.

Quel homme étrange a été le docteur Jules Guyot, successivement agitateur, médecin, physicien, homme politique, viticulteur et publiciste! Ce singulier Champenois se rappelle à nous plusieurs années après sa mort (Jules Guyot est mort le 31 mars 1872) par un petit ouvrage posthume (1) qne MM. Georges Barral, fils du directeur du journal de l'AGRICULTURE PRATIQUE, et Charles Dufaure de La Prade ont livré à la curiosité plutôt qu'à une publicité réellement scientifique. Le docteur Guyot avait, paraît-il, caressé amoureusement la gestation de cet opuscule, et il en avait communiqué depuis longtemps les divers chapitres à ses amis et aussi à des autorités fort hétérogènes, hommes politiques et artistes, littérateurs et théologiens, depuis le prince Jérôme Napoléon jusqu'au cardinal Gousset, depuis Claude Bernard jusqu'à George Sand, depuis Sainte Beuve jusqu'à Virginie Déjazet. Cela s'appelle : *Bréviaire de l'amour expérimental* et comprend douze méditations. J'aurais beau essayer, je ne réussirais pas à analyser ces pages. Diderot a dit, dans un style que les deux éditeurs du *Bréviaire*, qui doivent être jeunes, trouvent prétentieux : « Quand vous voulez écrire sur les femmes, trempez votre plume dans l'arc-en-ciel et semez sur le papier de la poussière d'ailes de papillon. » Quand il s'agit d'écrire sur l'amour, je préfère jeter ma plume à Diderot et me taire.

Je me contenterai de dire que l'impression de ce coquet in-32 est des mieux soignées. Mais n'est-ce pas seulement pour augmenter l'épaisseur du livre que les éditeurs y ont ajouté un lexi-

(1) BRÉVIAIRE DE L'AMOUR EXPÉRIMENTAL, méditations sur le mariage selon la physiologie du genre humain, par feu le docteur Jules Guyot, médecin de la Faculté de Paris, décoré de juillet, officier de la Légion d'honneur, publié avec un discours préliminaire, une notice biographique et un lexique par les soins de MM. G. Barral et C. Dufaure de La Prade, in-32 de 179 pages. Paris, 1882. Marpon et Flammarion, et Librairie physiologique.

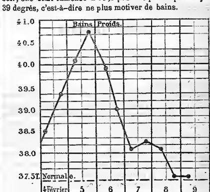
transitoires, symptomatiques des néphrites secondaires, si bien étudiées dans ces derniers temps par mon ami le professeur Bouchard.

L'albuminurie était cependant, chez la malade, le symptôme dominant, et le seul qui pût expliquer la gravité de son état par une inflammation rénale ayant induit et déterminé dans sa forme le syndrôme fébrile. En effet les urines étaient rares, rouges, troubles comme le bouillon de bœuf aigri; la chaleur et l'acide nitrique y déterminaient l'apparition d'un précipité albumineux massif, cailleboté, rétractile, passant du blanc au gris tourterelle et ensuite au gris noir sale, avec une grande rapidité. C'étaient là en un mot des urines de néphrite aiguë; et leur reflet rouge vineux, leur état trouble, enfin l'odeur *sui generis* et la coloration foncée qu'y développait l'acide sulfurique indiquaient assez qu'il s'agissait bien d'un liquide devant la grande majorité de son albumine aux éléments mêmes du sang. L'examen histologique confirma cette supposition: dans l'urine fixée par une goutte de solution aqueuse d'acide osmique, puis colorée par le picrocarminate d'ammoniaque et ensuite mélangée avec un tiers de glycérine neutre (préparation qui, soit dit en passant, est la seule qui convienne pour l'étude précise des éléments des urines morbides et leur conservation à l'état persistant), il existait une quantité considérable de globules rouges du sang, de nombreux globules blancs et pas un seul cylindre, ni colloïde, ni granulo-graisseux.

Il s'agissait donc d'une néphrite aiguë primitive. Et de fait, en interrogeant la malade, on apprenait que cette femme, autrefois dévideuse de soie, puis devenue aubergiste, faisait parfois quelques excès alcooliques, circonstance en tout cas assez favorable à la production adventice des inflammations rénales. Bien portante cependant jusqu'à la fin du mois de janvier, elle avait eu pendant sept ou huit jours des douleurs vagues avec céphalée subcontinue, puis des vomissements. Enfin la fièvre avait éclaté brusquement pour ne plus cesser de s'accroître. La veille de l'entrée à l'hôpital, un léger œdème des malléoles s'était montré; et nous trouvions, lors de notre première visite, cet œdème encore persistant, mais léger, *latent* comme je l'appelle quand il faut chercher avec soin l'enflure malléolaire et appuyer fortement le doigt pour déterminer l'apparition du godet caractéristique. Nous constations en outre, aux deux bases des poumons, les signes ordinaires de l'œdème de ces organes.

Messieurs, dès ma seconde visite, trouvant la fièvre si haute et montant sans cesse depuis trois jours avec un pouls vibrant, dur (le pouls inflammatoire des anciens Sphygmiques) et des mouvements précipités du cœur accompagnés d'un souffle fébrile intense, je fus amené à penser qu'elle ne s'arrêterait pas seule et j'eus de suite recours au moyen antipyrétique le plus puissant et le plus inoffensif à mes yeux: ***le bain froid réglé suivant la formule exacte de Brand.***

Il fut donné à 20°, de trois heures en trois heures, tant que, dans cet intervalle de temps, la température atteignit 39 degrés; et cette médication, que quelques-uns pourraient trouver téméraire dans une néphrite aiguë, coupa net en un nycthémère la marche ascensionnelle de la fièvre. Après le premier bain, pris le 5 février à six heures du soir, la température descendait de 40°,7 à 38°,5. Elle remontait à 40°,3 avant le second, n'atteignait plus que 39°,6 après le troisième; et enfin, au bout de vingt-quatre heures, le 6 février à six heures du soir, elle était ramenée à 38°,5 pour ne plus dépasser jamais 39 degrés, c'est-à-dire ne plus motiver de bains.



Voici, messieurs, la courbe de la température; elle est remarquable comme forme et affecte la figure d'un V renversé. La branche montante de ce V répond à l'ascension thermique non troublée par la médication balnéatoire, le sommet répond

---

que? Je serais porté à le croire, surtout quand j'y trouve des définitions de cette importance:

« Septénaire: Espace de sept jours.

« Théologie: Connaissance du Dieu chrétien. » Et le Dieu des Juifs ne va-t-il pas être jaloux?

Quant au texte du docteur Guyot, qui en lui-même ne remplit (en se mettant à l'aise), que 92 pages du volume, je m'en tiendrai à une simple appréciation en deux lignes: J'ai été surpris du ton presque chaste, peut-être même trop sacerdotal, que conserve l'auteur dans un sujet aussi scabreux (1). Cela n'empêche pas les collectionneurs de livres érotiques de se hâter d'acheter ce volume qui leur est d'ailleurs recommandé spécialement par maiute librairie de bibliophile.

*
* *

Le second volume de la bibliothèque diabolique vient de paraître: Après le *Sabbat des sorciers* (1), voici le *Procès-verbal fait pour délivrer une fille possédée par le malin esprit à Louviers* (2). Ce curieux document inédit est publié par les soins de M. Armand Bénet, archiviste paléographe, d'après le manuscrit original de la Bibliothèque nationale. On y trouvera tout au long un rapport rédigé au mois d'août 1591, avec l'interrogatoire au complet de Françoise Fontaine. Seul, parmi les historiens, Palma Cayet, dans sa chronologie novennaire, a parlé assez longuement de Françoise Fontaine, tandis que les auteurs les plus accrédités en démonologie ne daignent pas accorder même

(1) *Non bis in idem*, dit un proverbe; mais un autre proverbe dit: *Bis repetita placent*. M. Georges Barral a suivi ce dernier conseil. Encouragé sans doute par le succès du livre du docteur Guyot, voici que l'éditeur lui a donné une suite (qui n'est pas due au docteur Guyot) sous ce titre: *Missel de l'amour sentimental*. On peut aller loin dans cette voie par ce temps de réalisme, de naturalisme et de *zolisme* que nous traversons. A quand donc le rituel de l'amour sensuel, l'antiphonaire de l'amour socratique ou les petites vêpres de l'amour saphique, ou le catéchisme de l'amour bestial?

(1) Voir la Gazette médicale, 1883, n° 12.

(2) 1 vol. in-8 de CXIV-98 pages. Paris, A. Delahaye et Lecrosnier, 1883.

an premier bain; la branche descendante, absolnment symétrique de l'ascendante, montre la température repassant en sens inverse par les mêmes phases que dans la période d'augment, et revenant à la normale en trois jours comme elle était devenue, aussi en trois jours, hyperpyrétique. Neuf hains, en résnmé, avaient suffi pour ramener la température fébrile au-dessous de 39°,5. Pendant un jour et demi, elle se maintint encore entre 38° et 38°,5; mais, à partir du 8 février au soir, elle devenait inférieure à 38°, c'est-à-dire en réalité normale. Le cycle fébrile était dès lors clos (1).

Considérons maintenant, en regard de celle de la température, la marche de l'albuminurie symptomatique de la néphrite. L'action du bain froid devait en effet modifier cette albnminurie en l'augmentant, si l'on en croit certaines théories; car si la grande cause externe de Sydenham, la variation brusque de température, passe pour capable de produire à elle seule une inflammation rénale, que devra devenir l'action de cette même cause agissant sur un parenchyme déjà profondément atteint, et par une congestion telle qu'il laisse exsuder le sang par diapédèse? Rassurez-vous, messieurs, nons ne faisons pas ici une expérience, et la méthode de Brand, qui tend de plus en plus à supprimer, entre les mains des maîtres de notre Ecole, les complications rénales de la fièvre typhoïde, nous était assez familière pour que nous pussions prévoir qu'elle allait exercer aussi chez notre malade la même action bienfaisante. En effet, l'albuminurie se mit à décroître avec la température, et du même pas. Le 7 février, au moment où la température moyenne était ramenée définitivement au-dessous de 39°, l'urine n'était déjà plus trouble et ne présentait plus le reflet propre aux urines sanglantes; le 8, l'albumine n'existait plus qu'à l'état de nuage à peine appréciable; et le lendemain, 9 février, l'analyse chimique la plus rigoureuse n'en décelait plus aucune trace.

Nons avons, messieurs, étudié avec grand soin cette urine albumineuse quand l'albuminurie était massive et durant son décours. Ici j'appelle toute votre attention, car l'examen microscopique nous a donné dans ce cas des renseignements de la plus haute valeur, et que nous ne pouvions demander à aucune autre méthode. Non seulement en effet l'urine renfermait les éléments du sang libres dans le liquide et ne montrait aucun cylindre, mais, prise chaque jour dans la vessie, à l'aide d'une sonde flambée, puis fixée par l'osmium et convenablement traitée ensuite par le violet de méthyle 5B, elle renfermait un nombre d'abord considérable, puis de plus en plus restreint de sphérobactéries affectant la forme de *coccus* isolés, de *diplococcus* on de *triplococcus*. Ces schyzomycètes existèrent dans les urines, examinées chaque jonr, du 6 février an 16 du même mois; puis ils disparurent, et, à partir de ce moment, on ne tronva plus que qnelqnes parasites tout différents des premiers et sur lesquels je n'insisterai pas, parce qn'ils répondaient à ceux qui vivent à l'état normal dans le vagin et à la surface de la muquense vestibulaire de la femme.

Ainsi donc, chez notre sujet, en dehors des maladies ordinairement accompagnées d'une détermination rénale, une néphrite survient, se marque par une fièvre intense, un léger degré d'œdème, l'émission d'urines chargées des éléments du sang et de parasites sphérulaires qui disparaissent lentement. Sur ces données, il est impossible de méconnaître ici l'existence d'une *néphrite infectieuse*, qui, par nne coïncidence an moins singulière, cède immédiatement à l'action des bains froids, à la façon d'une maladie jugulée et dont l'amélioration snbite, débutant au moment précis où la méthode thérapeutique est appliquée, ne paraît laisser aucun donte sur l'efficacité de cette dernière dans le cas considéré.

Mais là se bornent les notions acquises. Nous avons, il est vrai, de bonnes raisons pour croire qu'il s'agit ici d'une inflammation du rein de nature infectieuse; car, à moins qu'une décharge d'albumine, de globnles sanguins rouges et blancs et de parasites par l'urine n'ait aucune signification (ce que certains prétendent encore, mais à tort selon moi); à moins que la coïncidence de cette décharge avec un état général grave, et que la cessation de cet état général au moment où l'albuminurie et l'émission des parasites diminue, pnis disparaît, n'aient également aucun sens, on est conduit naturellement à admettre une liaison entre les deux ordres de phénomènes. En dehors de là, cette néphrite infectiense n'est ni celle de la dothiénentérie, ni celle de la scarlatine; elle ressortit vraisemblablement à un mode particulier d'infection dont l'entité pathologique n'est pas encore établie, mais qui n'est pas sans analogies, si du moins on s'en rapporte aux

(1) Le bain semble avoir agi ici sur la marche de la fièvre comme le coup de bistouri donné à un abcès chaud; les deux courbes seraient identiques si on les comparait.

---

une mention à ce personnage si intéressant. Toute leur attention est absorbée par Madeleine Bavent, Marie Alacoque, etc.

L'érudit (qui se montre en même temps fort lettré) signataire de l'introduction au procès-verbal de la possession de Françoise Fontaine, le vicomte B. de Moray, reconnaît lui-même que le mérite littéraire de ce procès-verbal est mince, sinon nul; par contre l'intérêt historique est des plus sérieux. A la page 28, on trouvera, attesté par plusieurs témoins, le fait de l'élévation complète du corps et de la translation « sans toucher à rien » de Françoise Fontaine, élevée tout de son long, la face en haut, à 3 ou 4 pieds au-dessus du sol.

Françoise Fontaine était née à Paris dans le faubourg Saint-Honoré. A l'âge d'environ vingt ans, étant servante à Paris, elle en fut chassée pour avoir été enlevée plusieurs fois de terre pendant une procession générale que le légat avait ordonnée à son intention.

Elle arrive à Poissy et se met au service d'une jeune femme qui allait rejoindre son mari, un tailleur d'habits, à Bernay. Françoise fut bientôt chassée de Bernay comme elle l'avait été de Paris, toujours parce qu'elle était fort tourmentée par le malin esprit. Elle se rendit alors à Louviers; là elle allait an bois pour gagner sa vie; puis elle devint servante d'un sieur Le Gay, chez qui elle fut encore tourmentée dudit malin esprit. C'est là qu'elle fut arrêtée. On l'emprisonna pour mieux l'examiner et pour lui faire subir les divers interrogatoires dont on lira la relation complète dans le livre que nous analysons. Tout est bien qui finit bien; elle confessa ses péchés au curé Houdemare « qui lui faisait recevoir chacun jour son Créateur », et elle n'eut plus aucune communication avec le malin esprit (qui s'appelait Barabas), depuis qu'on lui eut « faict razer et brusler ses cheveux avec le poil qu'elle avait sous les esselles ». Aussitôt que furent expirés les trois ans au bout desquels le démon devait emporter sa victime, Françoise fut considérée comme bien délivrée du malin esprit et l'on cessa de la garder à vue. Elle alla servir la mère du curé Houdemare près de Pont-de-l'Arche, d'où elle se rendit à Rouen et servit « en plusieurs maisons sans que l'on ait ouy dire ni congnu qu'elle fust aucunement tourmentée dudit malin esprit ».

L'impression de ce livre fait honneur aux ateliers d'Evreux.

*
* *

Dans une petite brochure mi-scientifique et mi-fantaisiste,

ressemblances cliniques, avec d'antres néphrites infectienses pathogénétiques dont quelques-nnes commencent à être connnes.

Parmi ces dernières, il en est nne qui semble liée à certains modes morbides débutant par l'angioleucite et aboutissant à des snppurations localisées; la seconde malade qne je vous présente et qui est actuellement couchée au n° 38 de notre salle Sainte-Blandine peut vous fournir la prenve dn fait. C'est une fille de vingt-quatre ans qui fut chlorotique à seize, et fut traitée il y a quatre ans, à l'Hôtel-Dieu, pour une fièvre typhoïde, dans le service de mon collègue le professeur R. Tripier. Ce sont là deux circonstances, vous le remarquerez, qui ont pu faire de ses reins des *lieux de moindre résistance*, aptes à subir plus tard, avec élection, certaines influences favorables à la production d'une néphrite. Quoi qu'il en soit, cette fille accoucha le 6 février dernier, après une grossesse normale sans œdème aucun. Au bout d'un mois, ses règles revinrent, et le jour même la malade, qui présentait depuis quelque temps des gerçures du sein, fut atteinte d'angioleucite périaréolaire. Une suppuration rapide suivit, et peu après survint un œdème multiforme, mobile, siégeant aux paupières, à la face, aux membres, se déplaçant d'abord et qui aboutit, dans l'espace de cinq jours, à une anasarque générale. En même temps l'urine, rare, mousseuse, rougeâtre et trouble, précipitait des flots d'albumine. Aujourd'hui tout est rentré dans l'ordre et dans peu de jours la malade quittera le service, ne conservant aucune trace de son inflammation rénale en quelque sorte épisodique, manifestement liée à l'infection particulière qui s'est produite chez elle, infection symptomatiquement marquée par une lymphangite suppurée et une néphrite aiguë accompagnée d'anasarque, mais d'évolution absolument rapide, et fugace à la façon de la néphrite satellite de la scarlatine.

(*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE PAR LE SEIGLE ERGOTÉ, par le docteur Amédée CHASSAGNE, médecin major de 1re classe.

(Suite. — Voir le numéro 16.)

OBSERVATION III. — Delrue (Charles), 26e de ligne, entré le 6 décembre avec une température de 40,2; (le billet d'entrée porte pour la veille au soir 40,8, constaté au régiment). Ce cas de forme abdominale avec ballonnement et diarrhée persistante ne présente à signaler que deux épistaxis le sixième jour et une anémie avec lenteur de convalescence marquée sans complication thoracique, encéphalique ou hyperthermique bien marquée; température en plateau entre 39 et 40,2, 20 jours; défervescence lente, 9 jours; retour à 37 le 29e jour.

Le malade, leucocythémique et très affaibli, ne peut se lever qu'après la longue durée d'alitement absolu de 35 jours; hospitalisation, 43 jours.

OBSERVATION IV. — Duhas (Charles), volontaire d'un an au 26e de ligne, entre à l'hôpital le 4 décembre. Température du soir 40,4 maxima; le sixième jour 40,5 (forme adynamique).

Insomnie opiniâtre, céphalalgie violente, douleurs abdominales légères et seulement à la pression; les deux premières doses de seigle ergoté amènent des vomissements arrêtés, comme précédemment, par l'association du bi-carbonate de soude; grande prostration. Le 10 décembre 40,5, une selle involontaire; le 9 et le 10, jusqu'au 14, la parésie des sphincters se traduit encore par de l'incontinence d'urine. L'adynamie se décelant par du coma, de l'hébétude, de l'inertie intellectuelle continue jusqu'au 21, date où s'établit la défervescence. Température en plateau, de 39 à 40,5, 17 jours; défervescence lente, 9 jours, retour à 37 le 26e jour. Durée de l'alitement absolu 29 jours; hospitalisation 36 jours.

OBSERVATION V. — Duchatelle (Jean-Baptiste), 69e de ligne, entré le 4 décembre, malade depuis cinq jours. Le 5, T. maxima 40,5. Cas caractérisé par une constipation opiniâtre; rêvasseries dès le début, allant s'accentuant et aboutissant le 12 décembre à un délire continu avec selles involontaires; état stationnaire le 13. La défervescence ne commence que le 24, après un plateau oscillant de 39 à 40,5; pendant 20 jours, elle est lente; le retour à 37 n'a lieu que le 31. Le malade sort le 9 janvier, après 29 jours d'alitement absolu, 36 jours d'hospitalisation et 41 jours de durée totale de l'affection.

OBSERVATION VI. — Bahlet (Edmond), 69e de ligne, entré le 4 décembre malade depuis six jours. Cas caractérisé surtout par une insomnie opiniâtre, céphalalgie violente, constipation, douleurs abdominales vives; le maxima de T. 40,4 est atteint le 9 janvier, où des rêvasseries se produisent le jour, délire agité la nuit; le lendemain, l'insomnie persiste très fatigante, mais amoindrissement du délire, qui devient tranquille (quoique continu chaque nuit jusqu'au 18.)

Plateau de 39 à 40,5 14 jours, défervescence excessivement lente, s'arrêtant au plus bas à 37,8 pendant 13 jours; mais, le 1er jan-

M. le docteur Sémerie s'occupe des *Hallucinations de la musculation* (1). Il cherche à expliquer, par le fait de l'abolition ou de l'altération du sens d'activité musculaire, la plupart des phénomènes étranges, surnaturels, rapportés dans les vies des saints, des extatiques et des possédés (courses fantastiques, vol, don de marcher sur l'eau, élévation au-dessus du sol ou extase proprement dite). Relativement à l'extase, M. Sémerie, pour chercher à l'expliquer, recourt à l'hypothèse suivante: « Chez beaucoup d'extatiques et d'hystériques, l'abolition du tact, qui fait que les sujets ne perçoivent plus le sol sur lequel ils sont agenouillés, ne suffirait-elle pas pour expliquer la sensation aérienne? Cette suppression de tous les rapports avec l'extérieur doit évidemment favoriser le phénomène du ravissement, mais il nous semble que cela ne peut rendre compte de la perception très nette du mouvement de *transport*, de rapt subit et violent à travers les espaces et à de grandes hauteurs. » Mais, presque aussitôt après avoir émis cette hypothèse, M. Sémerie se charge lui-même d'en faire la critique, en ajoutant que la plupart de ceux qui ont bien analysé le phénomène de l'extase, « et notamment sainte Thérèse, signalent la sensation d'épuisement, de fatigue, d'effort, qui serait inexplicable dans la théorie de la simple abolition du tact ».

Dans la seconde partie de sa brochure, M. E. Sémerie trace à grands traits l'histoire de la *Conquête du microbe*. C'est ainsi qu'il caractérise les travaux des Pasteur, des Davaine, des Koch, des Toussaint, Arloing, etc.

Au milieu des gracieuses variations que M. Sémerie exécute sur cette donnée, on entrevoit parfois le critique derrière le virtuose. Je relèverai, parmi ces généreuses et peut-être optimistes aspirations au progrès indéfini, une phrase qui me paraît utile à méditer: « A la condition de ne jamais prendre une hypothèse pour un fait et un désir pour une réalité, il est permis et même utile aux savants de sortir du constaté pour entrer dans le possible. » Bien pensé, et bien dit.

(*A suivre.*)

Dr ALBERTUS.

(1) Broch. in-8 de 24 pages. Vichy, imprimerie Wallon, 1883.

vier, réascension rapide à 39,2. La température y reste en plateau avec retour des rêvasseries, de l'insomnie et de la constipation pendant 4 jours. Retour définitif à 37 le 33e jour. Le malade est très affaibli et, fait que nous observerons fréquemment, la température de convalescence, reste au-dessous de 37 longuement.

Durée de l'alitement absolu 36 jours; durée de l'hospitalisation 50 jours; durée totale de l'affection 56 jours.

Observation VII. — Moroy (Alexis), 3e régiment du génie, conducteur du break des officiers, malade depuis neuf jours, a reculé le plus possible devant l'hospitalisation pour ne pas perdre sa place et vient de la caserne Saint-Jean, qui a toujours fourni les cas les plus graves. Entré le 7 janvier: langue cornée, prostration grande, insomnie, rêvasseries; le malade dit avoir eu plusieurs épistaxis. Le 8, le délire, qui est devenu agité dans la nuit, persiste toute la journée; le malade crie et veut sauter à bas du lit. Constipation opiniâtre 40,5.

Le 10, l'état a persisté toute la nuit; puis, le 10 au matin, à la suite de la tension nerveuse continue, coma de collapsus; la température tombe à 39,6, sans que la connaissance revienne un seul instant. Le malade meurt à 11 h. 1/2 du soir (fin du 2e septenaire).

Autopsie. — Le 12 au matin, 20 heures après la mort. Rien dans les plèvres.

Poumons. — Engouement hypostatique aux deux bases, sans inflammation, le tissu surnage.

Cœur. — Rien aux valvules, volume normal. Pas de surcharge graisseuse; pas de caillots anormaux.

Rein. — Le volume est normal, la consistance l'est également; un peu de congestion.

Foie. — Couleur normale, un peu de congestion; consistance normale.

Cerveau. — Piqueté hémorrhagique assez marqué à la coupe; méninges très congestionnées; tissus gorgés de sang; adhérence légère des deux côtés de la faux du cerveau sans épanchement.

Estomac. — Normal; un peu de rougeur le long de la petite courbure; rien à la grande.

Intestin grêle. — Plaques en général à la période hyperplastique au nombre de quarante-quatre, commençant à 3 millimètres 25 de la valvule iléo-cæcale, devenant très nombreuses et confluentes près d'elle et dans les dernier 50 cent.; deux plaques ulcérées (tunique muqueuse seule disparue). Les plaques présentent un relief très marqué, surtout au niveau de la valvule.

Rate. — Très congestionnée, augmentée de volume, friable, rougeâtre, lie de-vin.

Gros intestin. — Rien d'anormal, pas de psorentérie ni d'ulcérations.

Vésicule biliaire. — Peu gorgée de bile, bien que les selles aient la couleur ocreuse caractéristique.

Le seigle ergoté, à la dose de 2 à 3 grammes, combiné avec des lotions, des lavements de teinture de musc (2 grammes) et des vésicatoires à la nuque, a complètement échoué devant cette forme ataxique; aucun amendement des symptômes ne s'est prononcé; l'aggravation a été constante jusqu'à la mort.

Observation VIII. — Grivault (François), brigadier au 10e hussards, entré le 6 décembre; malade depuis six jours. On constate à son arrivée 40o,7; deux épistaxis, insomnie opiniâtre, rêvasseries dégénérant le 8 en délire agité (40o,3); la nuit du 9, délire violent; le malade a cherché plusieurs fois à fuir. Deux selles involontaires; ergot de seigle, 2 grammes.

Le 11, délire tranquille; le malade ne prend que difficilement les médicaments et les remèdes qui restent dans la bouche (parésie de la déglutition); ergot de seigle, 3 grammes.

Le 12, le délire ataxique a repris; 40, pouls très fréquent, 120, filiforme; le malade, qui a perdu connaissance depuis cinq jours, paraît en grand danger; ergot de seigle, 3 grammes.

Le 13, délire plus calme, nuit meilleure; les rêvasseries succèdent à l'ataxie, mais ce n'est que le 18 que reparaît le sommeil.

Le plateau a oscillé de 39 à 40,7 pendant douze jours; la défervescence est de rapidité moyenne, huit jours; retour à 37 le vingt et unième jour. Durée de l'alitement absolu, 26 jours, de l'hospitalisation, 32; total de l'affection, 38 jours.

C'est un des rares cas ataxiques qui aient guéri et, comme d'ordinaire en cette forme, la convalescence a été assez rapide.

Observation XI. — Drouvillé (Isidore), 69e de ligne, entre le 2 décembre, malade depuis deux jours. Dès l'arrivée, ce cas s'annonce très grave; 40,7 le 7 décembre, après 40,5 et 40,6 les jours précédents; épistaxis presque quotidiennes et très abondantes; prostration grande, douleurs abdominales vives sans pression; constipation habituelle, rêvasseries; la température demeure en plateau de 39 à 40,7 pendant 20 jours. Le malade est très affaibli et amaigri; la déglutition se fait difficilement; on est obligé de recourir aux lavements de bouillon. La défervescence ne se prononce très lente que le 21e jour: retour à 37 le 31e jour, réascension le 35e jour; deuxième plateau à maximum de 39,6 pendant cinq jours; retour définitif à 37 le 41e jour.

Alitement absolu, 46 jours; hospitalisation, 59 jours. Durée réelle de l'affection, 61 jours. Forme abdominale avec prédominance adynamique.

Observation X. — Regnier, 35e d'artillerie, entre à l'hôpital le 20 décembre, malade depuis cinq jours; même prédominance adynamique de la forme abdominale. Tempér. relativement peu élevée (maximum le troisième jour, 40,1), mais rémissions matinales très faibles; plateau bien horizontal de longue durée, oscillant de 39 à 40,1 pendant 20 jours; la défervescence ne commence très lentement que le 21e jour; retour à 37 le 36e jour seulement; le malade est très anémié et amaigri. Durée de l'alitement absolu, 37 jours; de l'hospitalisation, 44 jours; de l'affection, 49 jours.

Observation XI. — Brice (Alexandre), 69e de ligne, malade depuis quatre jours, entré à l'hôpital le 17 janvier. Insomnie, céphalalgie vive, rêvasseries, 40,2; rémissions matinales presque insensibles. Temp. à peu près stationnaire avec grande fréquence du pouls et émaciation. Bien qu'avec toux peu fréquente, signes d'hypostase, surtout à droite. Le 30 janvier, les rêvasseries se changent en délire agité; le malade veut se lever; une selle involontaire; cet état persiste les deux jours suivants, se compliquant de surdité, d'embarras de la parole, de soif inextinguible, avec gorge sèche et traces de muguet sur la langue, 40,1. Le 3 février, cinq selles involontaires; agitation toute la nuit, 40,2. Le 4, coma de collapsus soubresauts des tendons, pouls 136. T. 40,6. Mort à deux heures (fin du troisième septenaire).

Ce cas est remarquable par la température demeurée en plateau pendant dix-huit jours avec rémissions matinales très faibles et ligne thermique presque horizontale; le maximum pendant dix huit jours a été de 40,3, le minimum de 39,3 (forme ataxo-adynamique).

Autopsie. — Le 6 au matin, quarante-six heures après la mort.

Aspect du cadavre. — Grand amaigrissement, rougeurs d'hypostase sans eschares aux sacrum et trochanter.

Poumons. — Normaux en avant et en haut; partie postéro-inférieure, hypostase légère et surnage à gauche; engoué ne surnage pas à droite; rien dans les plèvres.

Cœur. — Petit, bleui, sans caillots anormaux dans les cavités, ni rien d'anormal aux valvules.

Foie. — Poids : 1,770 grammes, un peu dur à la coupe, couleur normale, un peu pâli; peu de sang dans les veines sus-hépathiques; vésicule biliaire gorgée de bile jaunâtre.

Reins. — Poids : 195 grammes; substance corticale un peu injectée ainsi que le sommet des pyramides; consistance normale; pas de traces de néphrite parenchymateuse.

Rate. — Noirâtre, hypertrophiée surtout dans le sens de la lon-

gueur, friable, gorgée de sang; trabécules d'apparence très désagrégés (340 gr.).

Estomac. — Un peu d'arborisation le long de la petite courbure; muqueuse plissée normale.

Intestin grêle. — Arborisé dans toute son étendue; douze ulcérations, petites, arrondies (pièces de 20 cent), arrêtées à la tunique musculeuse près de la valvu e iléo-cœcale; pas de plaques hypertrophiées ni gaufrées, bien nettes; dans le gros intestin, psorentérie et quelques ulcérations de follicules isolés; ganglions mésentériques ramollis et hypertrophiés, mais sans noyau de suppuration.

Cerveau. — Injection très marquée des méninges; aspect dépoli et laiteux de la pie-mère, sans adhérence; les sinus sont gorgés de sang. Poids de l'encéphale : 1,470 grammes; au niveau des lobes frontal et temporal droit, injection plus marquée de la pie-mère et piqueté hémorrhagique de la substance corticale sous-jacente. Rien d'anormal dans les ventricules, corps striés, couches optiques, etc.

(A suivre.)

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Rétrécissement mitral pur (maladie de Duroziez), par A. Gilbert, interne des hôpitaux.

Observation. — W. . Justine-Caroline, fleuriste, âgée de dixneuf ans, entrée le 16 février 1884 à l'hôpital Tenon, dans le service de M. Hanot (salle Colin, n° 25), sortie le 21 avril 1884.

Antécédents. — Rougeole à l'âge de sept ans; accidents de strume jusqu'à treize ans; gourmes, adénites cervicales, écoulement de pus par l'oreille droite suivi de surdité. Pas de rhumatisme ni de chorée.

Père et mère bien portants, n'ont jamais eu de rhumatismes.

Règles à quatorze ans, irrégulières, retardées, quelquefois très abondantes. Pertes blanches depuis la même époque.

La malade est depuis sa naissance pâle, faible et incapable de jouer ou de travailler. A la moindre fatigue, elle ressent des palpitations et devient anhélante; ses jambes tremblent, son corps se couvre de sueur et ses forces s'anéantissent.

Etat actuel (15 février). — W... est petite. chétive, contrefaite, et zézaie en parlant. Sa figure est pâle; ses muqueuses sont un peu décolorées. Elle a un souffle continu léger avec renforcement systolique dans les vaisseaux du cou. Elle pourrait passer tout d'abord pour chlorotique. La numération des globules, faite par M. Tuois, externe du service (28 février) ne confirme point cette manière de voir. W..., en effet, a 4,495,000 hématies par millimètre cube.

L'examen physique du cœur donne les résultats suivants :

Inspection : Pas de voussure précordiale. La pointe du cœur bat dans le cinquième espace, en dedans du mamelon.

Palpation : Le choc de la pointe offre une intensité normale. Il n'existe point de frémissement cataire.

Percussion : Matité normale.

Auscultation : Souffle diastolique avec renforcement présystolique; ce souffle a son maximum à la pointe et se propage vers l'aisselle. Le premier bruit est intense et non dédoublé; le deuxième bruit est dédoublé; le dédoublement du deuxième bruit, perceptible dans toute l'étendue de la zone précordiale, est particulièrement net au niveau de la partie moyenne du sternum.

Le pouls est régulier et n'offre rien d'anormal; 80 pulsations par minute; pas d'épistaxis; pas d'œdème des membres inférieurs; pas de congestion hépatique ou pulmonaire.

Les troubles fonctionnels consistent en palpitations intenses et répétées, en essoufflement et lassitude extrême à la moindre fatigue.

Appétit bon, digestions faciles, selles régulières; foie et rate normaux; pas de polyurie, pas d'albumine dans les urines. Règles retardées, ménorrhagiques; pertes blanches.

Pas de toux ni d'expectoration; rien dans la poitrine.

Sommeil normal, pas de cauchemars. Pas de céphalalgie. Caractère triste; impressionnabilité extrême. Pas de trouble de la sensibilité.

La malade quitte l'hôpital le 21 avril 1884 pour aller au Vésinet.

Réflexions. — « Souvent, dit M. Duroziez, on est fort empêché de remonter au début de la maladie (rétrécissement mitral pur) qui peut s'avancer très loin dans l'enfance. » Dans le fait que nous relatons, il paraît difficile, en effet, de préciser la date du développement de l'affection cardiaque, aussi bien qu'il semble difficile d'en saisir la cause génératrice.

La précocité de l'apparition des troubles fonctionnels que signale la malade laisse supposer cependant que le rétrécissement mitral s'est développé dans les premiers temps de la vie, et que par suite la rougeole n'a pu l'engendrer. L'enquête minutieuse à laquelle nous nous sommes livré permet de plus d'affirmer que le rhumatisme n'a joué aucun rôle dans la production de la lésion.

Il est donc impossible de retrouver ici l'enchaînement classique de ces trois états : 1° maladie aiguë; 2° endocardite; 3° rétrécissement mitral.

Nous avons rapporté que la malade était scrofuleuse, d'apparence chlorotique, petite, chétive, contrefaite et qu'elle zézayait en parlant. Nous n'avons pu nous défendre de rapprocher ces troubles de ceux du cœur dont ils nous donnaient pour ainsi dire la clef. Repoussant la proposition de Rilliet et Barthez émise en ces termes : « Ce sont surtout les enfants chétifs qui sont sujets aux maladies de cœur » nous avons cru voir là des lésions de même ordre, simultanées et non conséquentes, résultant d'un arrêt de développement.

Cette théorie pathogénique, que nous pourrions appuyer des preuves tirées de l'étude et de la comparaison des faits antérieurs, nous paraît applicable à un certain nombre de cas de rétrécissements purs de la mitrale observés chez des femmes chétives et survenus dans le jeune âge sans cause appréciable.

BIBLIOGRAPHIE

Clinique médicale, tome III : Traité théorique et pratique de la fièvre typhoïde ou dothiénentérique, par M. Noël Gueneau de Mussy, 1 vol. grand in-8. — Paris, Delahaye et E. Lecrosnier, 1884.

Depuis Murchison, on n'avait point écrit une œuvre d'ensemble sur la fièvre typhoïde; encore le livre de Murchison était-il un plaidoyer bien plutôt qu'une de ces synthèses qui font époque et marquent une étape dans l'histoire écrite des grandes maladies. C'est qu'il faut une main puissante pour embrasser d'une étreinte l'amoncellement d'observations, de notes et de mémoires que dix années ont entassées; et quand ce travail d'érudition est accompli et qu'il est nécessaire de classer ces matériaux souvent si dissemblables, d'extraire le point utile de chacun d'eux, de juger leurs contradictions, d'éliminer leurs erreurs, puis enfin de les assembler en un tout homogène, on conçoit qu'une telle faculté appartient seulement à ceux qui, ayant vécu longtemps à côté des doctrines et au mi-

lien des faits, ont acquis cette expérience des choses qui donne au jugement plus de subtilité comme aussi plus de compréhension.

Or, à ce point de vue, nul n'était mieux préparé que M. Noël Gueneau de Mussy pour entreprendre ce gigantesque travail qui consiste à écrire un Traité de la fièvre typhoïde. Et ce qu'il a tenté, il l'a réussi. Le livre qu'il vient de publier envisage la question de la dothiénentérie sous ses deux faces capitales : l'une, c'est l'inventaire de nos connaissances sur l'étiologie, avec la mise au point des dominantes qui doivent guider la prophylaxie ; l'autre, c'est la clinique, la vraie clinique moderne avec tous les moyens d'exploration que les sciences voisines lui ont apportés. Si la première partie met en lumière le grand sens critique de l'auteur, nous pouvons juger de la sagacité du praticien dans cette seconde partie si personnelle, si riche de ces observations originales qui relèvent à chaque instant l'intérêt, comme toute conclusion précise qui clôt une controverse.

L'enchaînement des théories et des faits étiologiques qui conduisent aux indications prophylactiques est déroulé de la manière suivante par M. Noël Gueneau de Mussy :

Murchison défend cette idée que la contamination de l'air ou de l'eau potable par le liquide des vidanges ou par d'autres matières animales en décomposition est la cause de la fièvre typhoïde ; c'est la doctrine dite pythogénique. Budd, au contraire, s'est placé à la tête des contagionistes exclusifs. Vient enfin une opinion mixte qui défend la possibilité d'une double origine du mal ; dans ce cas, la maladie, engendrée par des miasmes qu'ont créés des conditions accidentelles comme la putréfaction, peut revêtir un caractère spécifique et se transmettre d'un organisme malade à un organisme sain.

Ces trois théories, fondamentales en ce sens que de leur solution paraissent dépendre les mesures sanitaires, M. Noël Gueneau de Mussy les discute en mettant en parallèle les arguments et les faits avancés par leurs auteurs. Sa conclusion est la suivante :

La doctrine de Murchison, ou doctrine pythogénique, repose sur des bases qu'une discussion approfondie ébranle considérablement, et s'il existe cependant des rapports pathogéniques entre les émanations des fosses d'aisance et la fièvre typhoïde, les arguments dirigés contre l'existence d'un principe spécifique et contre la contagiosité de la maladie n'ont pas la valeur absolue que leur attribue le savant médecin anglais. D'un autre côté, si l'on ne peut pas démontrer rigoureusement que la fièvre typhoïde, maladie contagieuse et spécifique, ne peut avoir d'autre origine que la contagion, la masse des faits bien étudiés porte cependant à l'admettre, d'autant plus qu'aucune des autres théories ne résiste à la critique.

Mais, quelle que soit l'opinion à laquelle on se range, il est incontestable que les excréments humains sont souvent des foyers d'origine du poison typhique, et que les selles des typhiques, si elles ne sont pas la seule et unique source de contage, contribuent plus que toutes les autres matières à le développer. L'air, l'eau, les vêtements, les individus, les habitations, sont le véhicule habituel de l'agent infectieux que les moyens prophylactiques devront atteindre dans toutes ces conditions de transport.

Il faut donc désinfecter les selles au moment où elles sont rendues (chlorure de zinc, de chaux, sulfate de fer), et ventiler les salles où sont couchés des typhiques, ne faire usage dans la maison que d'eau bouillie et aérée, traiter tous les linges qui ont servi au malade par le chlorure de chaux, passer tous les objets de literie dans un four chauffé à 140°, etc., etc. Enfin il serait nécessaire que médecins et ingénieurs s'entendissent sur la meilleure manière de débarrasser les grands centres de population des matières excrémentitielles. C'est dans cette question cardinale que réside le point essentiel de la prophylaxie.

La seconde partie du livre est consacrée à l'étude clinique de la fièvre typhoïde ; elle comprend 25 chapitres.

Après un rapide mais substantiel historique, M. Noël Gueneau de Mussy expose ses vues sur la théorie de la maladie et cherche à fixer les rapports qui s'établissent entre l'organisme et l'agent infectieux. La discussion, vive et serrée, aboutit à cette conclusion d'ordre général que la dothiénentérie exprime l'action caractéristique de l'agent spécifique, tout en se manifestant sous les formes communes qui régissent les actions morbides. Puis l'auteur, laissant définitivement de côté tout ce qui touche à la théorie, concentre son attention sur l'observation des malades.

C'est d'abord la symptomatologie et la marche de la fièvre typhoïde, dont l'évolution se fait en quatre périodes, précédées d'un stade propyrétique ou d'incubation qui manque quelquefois.

Ces périodes sont : l'invasion, le stade d'état, le stade critique, la solution. Cette division paraît s'écarter de celles que nous ont données les classiques ; mais, en y regardant de plus près, on s'aperçoit qu'il s'agit surtout d'une question de terminologie. Au point de vue clinique, la période critique de M. Noël Gueneau de Mussy s'individualise mieux, et si elle correspond au stade amphibole de Wunderlich, à la plus grande partie de la troisième période de Chomel, à la fin de la première période de Griesinger, si ses limites sont variables et indécises, elle n'en constitue pas moins une innovation heureuse, puisque c'est principalement la période des complications, le moment où l'issue de la lutte du malade contre la maladie tend à se décider, puisqu'enfin c'est alors qu'apparaissent les premiers linéaments des modifications symptomatiques qui font pressentir le dénouement heureux ou funeste du drame pathologique.

La convalescence, la durée et la mortalité, les morts subites, font l'objet des chapitres suivants.

Puis M. Noël Gueneau de Mussy étudie les différentes formes de la dothiénentérie et les classe en formes bénignes et abortives dans lesquelles il range les synoques ou continues simples, en typhus ambulatoire ou formes muqueuses, inflammatoire, bilieuse, ataxique, adynamique, putride. Quant aux divisions des formes fondées sur la prédominance des localisations, l'auteur admet qu'il s'agit là bien plutôt d'une exagération d'un des éléments de la maladie que d'un mode de travail morbide qui déterminerait la direction générale de celle-ci, et en ferait véritablement une forme particulière. Mais ceci n'empêche pas qu'une localisation morbide peut devenir la caractéristique de la maladie et fournir au médecin les indications principales.

La fièvre typhoïde chez les enfants, les vieillards, les formes à rechutes, les récidives, les formes complexes dues à l'intervention d'un autre principe infectieux ou à l'influence d'une épidémie régnante, qui modifient le processus dothiénentérique, forment une transition naturelle entre ce chapitre de clinique et celui qui synthétise les faits acquis pour en déduire la physiologie pathologique de la fièvre typhoïde.

Ce résumé de physiologie pathologique est capital : M. Noël

Gneneau de Mussy y met largement à profit les conquêtes nouvelles de la chimie pathologique, que tant d'autres dédaignent si injustement; et de cet échafaudage de faits laborieusement construit, il fait sortir deux principes fondamentaux. Le premier est celui que je défends obstinément depuis plusieurs années, à savoir qu'on doit faire une part dans l'évolution des phénomènes morbides aux déchets du travail dénutritif accumulés dans le sang, déchets toxiques pour la plupart, qui peuvent irriter les émonctoires au passage ou constituer une cause d'intoxication secondaire, s'ils ne sont pas éliminés par ceux-ci. Le second est que l'hyperthermie ne peut et ne doit, en aucun cas, être considérée comme la cause de la gravité de la maladie, mais qu'elle peut servir à en donner la mesure et devenir ainsi comme une sorte de coefficient des troubles fonctionnels.

Ces considérations trouvent immédiatement leur application dans le chapitre consacré aux troubles et aux lésions de la nutrition, chapitre qui précède ceux où M. Noël Gueneau de Mussy envisage successivement les troubles des fonctions digestives, de l'appareil circulatoire, de la calorification, les hémorrhagies, les accidents nerveux, respiratoires, les troubles fonctionnels du tégument externe, de l'appareil génital et de l'appareil urinaire. Les hydropisies, les abcès, les affections articulaires et osseuses, l'influence de la dothiénentérie sur la tuberculose, enfin les suites et conséquences de la maladie terminent cette minutieuse étude clinique.

Les troubles et lésions de l'appareil urinaire ont attiré d'une manière spéciale l'attention de M. Noël Gueneau de Mussy qui, dans un très important chapitre, résume de la manière la plus complète et la plus concise à la fois, les travaux récents sur ce sujet plein d'avenir (1) et montre combien sont grands les avantages que le praticien peut retirer, au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement, d'une étude approfondie des caractères de l'urine dans la dothiénentérie.

Si difficile et si incertain que soit le pronostic de la fièvre typhoïde, le médecin peut cependant trouver, à mesure que l'évolution s'accuse, des notions qui lui permettent d'apprécier et la violence de la maladie et la résistance de l'organisme, ces deux éléments essentiels du pronostic. Entrevoir les tendances du mal, mesurer le degré de sa gravité, saisir les symptômes qui ouvrent des indications thérapeutiques urgentes à remplir, faire à chaque instant son plan de bataille sur le terrain même, en tirant de la position le meilleur parti possible, telle est la science du pronostic, comme la comprend et l'expose M. Noël Gueneau de Mussy. Elle se fonde sur un certain nombre de conditions générales, comme la constitution, l'âge, les habitudes de vie, les circonstances physiques et morales qui ont précédé et accompagné l'évolution morbide; elle appelle à son aide la température, le pouls, l'état du système nerveux et des fonctions respiratoires, l'urologie, etc. Et, réunissant toutes ces indications dans une conception d'ensemble qui résume la marche générale du cas qu'on étudie, elle les groupe en un faisceau d'où le clinicien expérimenté pourra légitimement tirer sa conclusion pronostique et son action thérapeutique.

Celle-ci n'est pas encore capable d'atteindre directement le contage que nous ne connaissons pas, et l'on doit reconnaître que jusqu'à présent les prétendus traitements spécifiques qu'on a successivement vantés, ont été d'une absolue inanité. Le médecin doit venir en aide à l'organisme et combattre avec lui, aider les actes fonctionnels par lesquels celui-ci cherche à éliminer ses poisons, modérer les symptômes quand leur intensité devient un danger, prévenir les complications et épier d'un œil infatigable les fluctuations et les caprices dont l'incessante mobilité rend si délicate la détermination des moyens à employer ainsi que l'appréciation de leurs effets.

Tout ce qui concerne les moyens hygiéniques, le régime, l'emploi des purgatifs, le traitement de la diarrhée, des vomissements, de l'insomnie, des troubles d'innervation, de respiration, des diverses formes des complications, la médication tonique, etc., est indiqué par M. Noël Gueneau de Mussy avec cette sûreté d'appréciation que donne seule la longue expérience des malades. J'en dirai autant de tout ce qui concerne les traitements antipyrétiques, antithermiques, antiseptiques, qui sont discutés et appréciés à leur juste mesure. A ce propos, il était intéressant de connaître l'opinion de l'auteur sur cette question des bains froids qui a soulevé de si âpres discussions dans les milieux académiques. M. Noël Gueneau de Mussy, tout en faisant la part des incertitudes de la statistique, admet que ce mode de traitement a eu son utilité dans certaines circonstances où d'autres auraient échoué, et que son emploi peut, dans des cas analogues, rendre de grands services et obtenir des guérisons qu'on aurait vainement demandées à d'autres médications ; en un mot, si l'usage en doit être restreint, son utilité mérite d'être hautement reconnue.

Puis chacun des médicaments tour à tour vantés est envisagé dans ses indications et ses contre-indications. Les antithermiques en particulier sont jugés sévèrement ; M. Noël Gueneau de Mussy montre judicieusement que leur action toxique est tellement voisine de leur action thérapeutique qu'elle lui devient presque contiguë. La modification qu'ils produisent est moins véhémente que celle de l'eau froide, mais quand ils ont pénétré dans l'organisme, ils ne peuvent cesser d'agir au moment précis où leur disparition serait nécessaire; et cette action, d'autant plus nocive qu'elle est moins dirigeable, doit se prolonger jusqu'à l'élimination : et il n'y aurait que demi-mal, si cette élimination n'intéressait souvent au passage les émonctoires que la maladie a déjà frappés dans leur texture et leur fonctionnement.

C'est pourquoi la sagesse commande de repousser les doses massives de ces médicaments et de s'en tenir à ces doses amoindries et inoffensives qui réalisent si fréquemment l'action thérapeutique que l'on souhaite, sans détriment pour la structure et les fonctions organiques. Encore vaudra-t-il mieux s'en abstenir tout à fait chez les alcooliques, les sujets affectés de troubles encéphaliques graves, ou quand l'activité cardiaque est languissante et le myocarde suspect de dégénérescence.

Je n'ai fait que tracer quelques points de repère et fixer les grandes lignes de l'œuvre de M. Noël Gueneau de Mussy, car il est impossible, dans les limites de cette rapide analyse, de mettre en relief les faits particuliers avec les aperçus synthétiques que l'auteur tire de leur analyse. Ce que j'ai simplement tenté, c'est de montrer aux médecins toute l'importance du nouveau Traité de la fièvre typhoïde et quel intérêt ils ont à le lire et à le méditer; comme M. Noël Gueneau de Mussy est aussi un maître en l'art d'écrire, la tâche est agréable autant qu'instructive.

Albert Robin.

(1) Voyez Albert Robin. *Essai d'urologie clinique La fièvre typhoïde.* Paris, J.-B. Baillière et fils, 1877.

REVUE DES THÈSES.

De la recherche des bacilles de la tuberculose dans les produits d'expectoration, par le docteur Cochez. Thèse de Paris, 1884.

La thèse du docteur Cochez, toute d'actualité, débute par un historique complet de la question.

La méthode de préparation adoptée par l'auteur est la suivante :

1° Coloration par solution d'Ehrlich-Weigert ;

2° Décoloration par l'acide nitrique au tiers de tous les éléments autres que le bacille ;

3° Recoloration (non indispensable) de ces autres éléments par une substance colorante.

L'élève du professeur Sée s'attache ensuite à faire ressortir l'importance des bacilles au point de vue du diagnostic, sinon du pronostic, de la tuberculose, et à cet égard nous ne saurions mieux faire que de reproduire ses propres conclusions, toutes à l'appui des idées exprimées par le savant professeur de l'Hôtel Dieu dans sa remarquable communication à l'Académie :

« La recherche du bacille de Koch, dans les produits d'expectoration, doit être mise au rang des signes cliniques de la tuberculose pulmonaire.

« Dans certains cas de phthisie douteuse (latente, larvée ou anormale, la constatation du bacille dans les crachats peut être le seul signe qui permette d'établir le diagnostic.

« L'absence des bacilles de Koch constatée à plusieurs reprises dans les produits d'expectoration permettra d'écarter le diagnostic de tuberculose.

« La nature tuberculeuse de certaines hémoptysies sera reconnue, avant l'apparition des signes physiques de la phthisie, grâce à ce nouveau mode d'exploration.

« Les crachats des phthisiques constituent un milieu de culture favorable aux bacilles de Koch. Il importe donc de recourir à des précautions antiseptiques minutieuses pour désinfecter les linges ou les vases qui ont été souillés par leur contact. »

B.

FORMULAIRE

Mixture pour badigeonnages dans les cas d'angine catarrhale. (Unna).

Rec. Ichthyol pur	10	grammes.
Huile de ricin	20	—
Alcool	100	—
Cumarine	0.02	centigrammes.

M. s. a. Un badigeonnage deux ou trois fois par jour.

Solution pour pulvérisations.

Rec. Ichthyol	5	grammes.
Ether }		
Alcool }	àà 50	—

M. s. a.

E. R.

BULLETIN

Association générale des médecins de France (25e réunion annuelle)

M. le ministre de l'instruction publique, en présidant samedi la séance de clôture du Congrès des Sociétés savantes, disait que cette œuvre si utile accomplit aujourd'hui sa cinquantième année d'existence.

Pour l'Association générale des médecins de France, c'était dimanche dernier, non ses noces d'or, mais ses noces d'argent, car elle a vingt-cinq ans sonnés. Mais, comme M. Fallières, M. Foville a fait remarquer que si dans les familles l'accroissement des années est un signe de décadence, il est au contraire pour les œuvres utiles une preuve de vitalité et de prospérité.

M. le docteur Roger a ouvert la séance par un discours nourri des faits et des bienfaits de l'Association ; il a payé un juste tribut d'éloges à la mémoire de M. Seux, vice-président, qui était aussi président de l'Association des Bouches-du-Rhône, esprit ouvert et distingué, orateur et *debater* habile ; qui, en mainte circonstance, soutenait la bonne cause avec une éloquence familière et entraînante. Puis est venue la série des dons qu'a reçus l'œuvre ; les docteurs Foville, Amodru, Durand-Fardel, Gallard, Ricord, Larrey et bien d'autres, sont les coutumiers de ces actes de générosité qui emplissent la caisse et permettent de soulager bien des misères.

Comme nouveaux bienfaiteurs, M. Roger a cité le docteur Contour, qui a laissé 10,000 francs après sa mort, la famille de M. Seux qui a donné 2,000 francs ; il a cité encore la famille d'un poète médecin à qui M. Roger a conseillé de verser à l'Association l'argent destiné à la publication de vers qui sans doute auraient trouvé peu d'acheteurs. Puis, après nous avoir parlé d'une rente donnée par la veuve du savant Cloquet, M. Roger nous a annoncé comme en se jouant qu'il venait de constituer l'Association propriétaire d'un titre de rente de 600 francs dont Mme Roger serait sa vie durant l'usufruitière.

L'aimable président a terminé son discours par une revue rapide des affaires à l'étude.

Après lui, M. Brun, trésorier, a présenté en termes fort clairs la prospérité de l'Association et l'état de la caisse, qui marque une augmentation de 110,000 fr. sur la fortune de l'an dernier.

M. Foville a lu ensuite son rapport sur les actes de l'exercice passé. Il a rappelé le 25e anniversaire de la Société, payé un tribut de regrets à la mémoire des sept présidents de Sociétés locales morts dans l'année ; il a rendu hommage aussi au dévouement de Mr Bosviel, conseil judiciaire de l'Association, qui a pour successeur Mr Morillot, lequel lui a également succédé dans sa double charge d'avocat au Conseil d'État et à la Cour de cassation.

Il est bon de citer tout le passage consacré à l'état des finances et aux bienfaits de l'œuvre.

« Voici, dit M. Foville, quel était, au 31 mars 1884, l'état financier de notre Association :

Caisse générale	88.530 54
Caisse des pensions viagères	828.655 48
Sociétés locales et Société centrale	856.313 37
Total	1.773.499 39

« Si l'on ajoute à cette somme les rentes constituées tant au profit de la Caisse des retraites que des Sociétés locales et qui s'élèvent à un ensemble approximatif de 3.377 fr. 50, on voit que la fortune totale de l'Association des médecins de France peut être évaluée à 1,863,000 fr. et qu'elle est en progrès de plus de 110,050 francs sur le chiffre de l'année dernière.

« Les dons faits aux Sociétés locales se sont élevés à 7,737

francs. Parmi les sociétaires, il y en a 170 qui ont perpétué leurs cotisations et 321 qui paient généreusement une cotisation supérieure au taux normal de 12 fr.

« Quant aux secours alloués en 1883, en voici le relevé très approximatif. On a distribué à :

71 pensionnaires.	30.500 fr.
52 sociétaires	15.891
135 femmes, fils et filles.	32.463
44 étrangères.	1.746
Soit un total de. . .	80.600 fr.

en augmentation de 12,000 fr. sur le chiffre correspondant de 1883. En outre, l'Association pourvoit à l'éducation de neuf pupilles qu'elle a adoptés. »

M. Foville a fait remarquer que l'augmentation du fonds de la Caisse de retraite provient de ce que nombre de sociétés locales ont doublé leur versement à cette caisse.

Il a cité l'heureuse intervention de l'Association dans une affaire de responsabilité, dans la réclamation des médecins de colonisation de l'Algérie; le projet de loi sur l'exercice de la médecine préparé par le Conseil général (Lunier, rapporteur).

Il nous a appris que la Cour de cassation venait de décider que le privilège en cas de dernière maladie ne s'applique qu'à celle qui a précédé le décès et non en cas de faillite; mais en même temps il nous a dit que la Société de la Seine-Inférieure a rédigé une pétition au Sénat dans le but d'obtenir justice sur ce point déjà tranché en Belgique en notre faveur.

M. Foville nous a appris que, d'après une délibération de la Chambre, que le Sénat ratifiera sans doute, le ministre de l'intérieur pourra permettre à l'Association de recevoir des legs jusqu'à concurrence de 10,000 francs.

Enfin l'honorable secrétaire a exprimé l'espoir que le Conseil général aura à étudier l'an prochain la question des syndicats, qui passionne le corps médical et autour de laquelle, on le sait, le *Concours médical* fait depuis trois ans une agitation salutaire.

La séance a été terminée par un judicieux rapport de M. Durand-Fardel sur les pensions viagères; l'auteur y donne en fort bons termes des conseils aux impatients. Déjà l'an dernier il avait montré que la *Caisse des pensions du corps médical belge*, si souvent comparée à la Caisse des pensions de l'Association générale, créait, il est vrai, un droit à la pension à âge déterminé, mais demandait en échange une très grosse mise à chaque associé; il avait exprimé la crainte que la multiplicité des pensions ne vînt ultérieurement et graduellement en abaisser le taux. Cette crainte s'est réalisée, car le taux de ces pensions a été, pendant l'exercice 1880-81, de 580 fr.; en 1881-82, de 603 fr.; puis, en 1882-83, de 502 fr. et enfin de 506 fr.

Parlant aujourd'hui du projet de *Caisse de retraites* de M. Lande, M. Durand-Fardel a fait remarquer que c'était là une affaire, qu'il souhaitait qu'elle fût une bonne affaire. « La Caisse des retraites pour la vieillesse constituée par l'Etat, a-t-il ajouté, assure des avantages matériels notablement supérieurs à ceux offerts par les Sociétés d'assurances particulières, contre une sécurité beaucoup plus certaine. »

On s'est séparé à cinq heures, après avoir entendu l'excellent rapport de M. Lunier.

Le soir, on fêtait le verre en main, à l'hôtel Continental, le vingt-cinquième anniversaire : plusieurs toasts ont été prononcés.

M. Roger, en buvant aux présidents et délégués des sociétés locales, a parlé avec beaucoup d'esprit de cette jeune personne, l'Association, riche de près de deux millions, mère de huit mille enfants, et qui marche à grands pas vers la cinquantaine.

M. Villan (de Marseille) a parlé au nom des délégués et a rappelé les titres de M. Roger à la reconnaissance de tous; c'était un éloge bien mérité.

Le savant professeur de médecine légale, le docteur Brouardel, a bu aux conseils judiciaires dont le concours a été si efficace souvent pour la protection de nos droits menacés; et le jeune successeur de Mᵉ Bosviel, Mᵉ Morillot, a, dans une improvisation élégante, réuni dans un éloge délicatement touché la profession médicale et la profession d'avocat.

A mon tour, j'ai salué, parmi les ouvriers de la première heure, celui « dont la gestion intelligente et sévère a sauvegardé nos intérêts, dont la sage et prudente réserve a protégé notre Association contre bien des écueils, dont l'affabilité exquise a su gagner à lui-même et à notre œuvre tous les cœurs ». J'ai dit qu'avec un pareil trésorier c'était bien des noces d'argent que l'on fêtait en ce jour.

L'assemblée s'est associée avec enthousiasme à ce toast, expression bien affaiblie des sentiments de tous, auquel M. Brun, vivement ému, a répondu en rappelant le souvenir des chers morts qui ont été ses collaborateurs.

Ainsi finit cette première journée de nos assises ; la seconde vous sera racontée par une plume amie qui aura à toucher à bien des questions de haute importance.

Notre rédacteur en chef a d'autant plus qualité pour traiter ces divers points qu'il a été nommé dimanche, au scrutin, membre du Conseil général de l'Association.

Dr C. DELVAILLE.

NOTES & INFORMATIONS

Le choléra subit actuellement dans l'Inde, principalement à Calcutta, à Bombay, une recrudescence très marquée. Il y a quelques jours, deux navires anglais venant de l'Inde ont eu à leur bord et pendant la traversée du canal de Suez trois décès cholériques. Il est donc à craindre, à cause du désordre qui règne en ce moment dans les institutions sanitaires égyptiennes, qu'une nouvelle épidémie éclate d'un moment à l'autre.

M. le ministre du commerce a donc adressé une circulaire aux bureaux de santé des ports français, afin que toutes les mesures soient prises contre ces menaces du choléra en Egypte et que des quarantaines d'observation soient établies au premier signal d'alarme.

— Divers journaux politiques ont publié, en les interprétant de différentes manières, des informations relatives à de nombreux et graves abus qui se passent dans les hôpitaux de Paris relativement à la consommation des denrées alimentaires et des produits pharmaceutiques. Les chiffres de cette consommation atteindraient parfois des degrés fantastiques, et l'on cite tel malade qui aurait reçu tous les jours, durant le mois de janvier 1883, à titre de supplément : 1 kilogr. 500 gr. de viande crue, 2 litres de lait, deux œufs, une côtelette et 2 litres de bouillon ; tel autre serait censé avoir consommé par jour 3 kilogr. de viande crue, 2 litres de lait, deux œufs et une côtelette ; on en trouve qui auraient dû boire 12 litres de lait par jour. Quel que puisse être l'excès de la

tendance actuelle à suralimenter certains malades, on ne saurait évidemment arriver à des régimes alimentaires semblables à ceux qui précèdent, et ce n'est pas là qu'il faut chercher la raison de cette consommation exagérée.

On la trouverait, suivant le journal le TEMPS, dans la sourde hostilité qui règne entre le service médical et le service administratif des hôpitaux et dans le peu d'efforts que fait le premier pour éviter les embarras an second et lui faciliter sa tâche En somme l'administration, qui a livré à la publicité les documents dont il s'agit, semble faire retomber sur le corps médical la responsabilité de l'état actuel des choses.

Nous n'avons pas qualité pour défendre les médecins ou chirurgiens des hôpitaux. Ils jugeront peut-être d'ailleurs qu'il n'y a pas lieu de relever l'accusation qui pèse sur eux. Préoccupés avant tont du soin de soulager ou de guérir leurs malades, ils font les prescriptions que leur dictent leur expérience clinique et leur conscience. Une fois que cette prescription est faite, c'est à l'administration d'en surveiller l'exécution et de prévenir les abus. Si les élèves en médecine, que le désir de s'instruire en suivant la visite des malades peut distraire et absorber, ne tiennent pas les cahiers avec l'exactitude et la régularité de comptables, pourquoi n'y aurait-il pas un employé de l'administration chargé de ce soin? Dans les hôpitaux militaires, si nous ne nous trompons, c'est un infirmier major qui tient le cahier de visite et est responsable des erreurs qui peuvent s'y glisser. Or nous ne croyons pas que l'administration des hôpitaux militaires se plaigne de gaspillage comme celle des hôpitaux civils. Il faut vraiment que celle-ci se heurte à de bien grandes difficultés pour ne pouvoir les résoudre elles-mêmes et porter la question devant le grand juge : l'opinion publique.

— Ceux de nos confrères qui s'occupent des maladies de la gorge apprendront avec regret que le second volume de l'ouvrage de Morell Mackenzie, l'éminent spécialiste anglais, vient d'être détruit dans un incendie qui a anéanti l'imprimerie de MM. Pardon de Londres. Le livre, attendu avec impatience depuis quatre ans, était sur le point de paraître. Heureusement l'auteur en avait conservé quelques épreuves, et l'ouvrage sera réimprimé au plus vite, mais la publication est nécessairement retardée de deux ou trois mois.

— Le gouvernement anglais vient d'offrir purement et simplement des *lettres de recommandation* à ceux de ses membres que le Royal College des médecins voudra lui désigner pour représenter l'Angleterre aux congrès internationaux de la Haye et de Copenhague. Mais dans son adresse au président du « Royal College of physicians » le gouvernement de la reine spécifie qu'il n'entend prendre à sa charge ni tout ni partie des dépenses faites par les délégués. On n'est pas plus pratique. Sur ce, refus des membres du Royal College de désigner des représentants condamnés à voyager à leurs frais. Comme le dit fort justement le journal THE LANCET à qui nous empruntons cette nouvelle, si le gouvernement anglais veut être représenté aux congrès internationaux, qu'il fasse comme les autres gouvernements, qu'il nomme et qu'il *paye* ses délégués : *All right !*

— Le total des souscriptions destinées à élever un monument à la mémoire du chirurgien Marion Sims s'élève à 2,000 dollars.

R. F. D.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — On nous annonce la mort de M. le docteur Bergonié, médecin à la Brède (Gironde). M. Bergonié était tout jeune encore ; il a succombé aux suites d'un accident de voiture.

— Nous apprenons aussi la mort de M. le docteur Sarzaud, ancien chirurgien de première classe de la marine.

— Les journaux anglais annoncent la mort du docteur Allen Thompson, professeur de physiologie à l'université d'Edimbourg. On lui doit d'importants travaux d'embyologie. Il était fils du grand chirurgien John Thompson.

***

NOMINATIONS ET DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Parmi les nominations récentes dans l'ordre de la Légion d'honneur, nous relevons les noms de M. le docteur Boucheron, médecin à Paris, et de M. le docteur Linarès, médecin à Limeuil (Dordogne).

***

COLLÈGE DE FRANCE. — *Cours de médecine*.—M. Brown-Séquard a commencé son cours semestriel le mardi 22 avril et le continuera les samedis suivants, à dix heures du matin.

M. Brown-Séquard étudiera les *modes d'influence du système nerveux sur les propriétés et la nutrition des divers tissus*. Il démontrera comment dans la physiologie, la pathologie et la thérapeutique, il existe bon nombre de faits qu'on ne saurait expliquer sans l'existence de ces influences nerveuses qu'il a désignées sous les noms d'*inhibition, de dynamogénie, d'arrêt des échanges entre les tissus et le sang*, etc.

ENSEIGNEMENT MÉDICAL LIBRE. — M. le docteur Doléris reprendra le 25 avril ses leçons d'obstétrique. Ce cours sera complet en deux mois. On s'inscrit 89, rue d'Assas, tous les jours à quatre heures et demie.

CONFÉRENCES DE THÉRAPEUTIQUE, DE SÉMÉIOLOGIE, DE CHIMIE ET DE PHYSIQUE MÉDICALES à l'hôpital Cochin.

Ces conférences, qui ont été inaugurées le mercredi 23 avril, à dix heures un quart, se continueront les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure dans l'amphithéâtre du service.

Voici le programme de la première quinzaine :

Mercredi 23, M. Dujardin-Beaumetz : *Des grandes découvertes en thérapeutique depuis cinquante ans*. — Vendredi 25, M. Sapelier, interne du service : *Des signes fournis par l'inspection, la palpation et la percussion du thorax*. — Lundi 28, M. le docteur Bardet, chef du laboratoire : *De l'urine normale et pathologique en général*.—Mercredi 30, M. Dujardin-Beaumetz : *Des nouvelles médications cardiaques*.—Vendredi, 2 mai, M. P. Le Gendre, interne du service : *Examen clinique du cœur*. — Lundi 5 mai, M. Bardet : *Recherche et dosage des principes normaux de l'urine*.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. le docteur Apostoli commencera ses leçons sur l'électrothérapie le mercredi 7 mai, amphithéâtre numéro 3, à trois heures, et les continuera les mercredis suivants, à la même heure.

— M. le docteur V. Burq commencera le 30 avril à l'École pratique (amphithéâtre n° 2), des conférences sur les maladies nerveuses et la métallothérapie, et les continuera les mercredis et vendredis suivants, de deux à trois heures.

Ce cours sera surtout pratique. Le docteur Burq étudiera concurremment les divers agents qui relèvent de ce grand chapitre, l'*Esthésiogénie*, né de la métallothérapie; il exposera les résultats inédits de nombreuses expériences qu'il fit autrefois à Paris et à Londres sur les phénomènes dits hypnotiques et sur la force neurique.

— M. de Quatrefages, membre de l'Institut, professeur d'anthropologie au Muséum d'histoire naturelle, ouvrira ce cours le mardi 29 avril 1884, à trois heures, dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure

— M. Charles Rouget, professeur de physiologie générale au Muséum d'histoire naturelle, ouvrira ce cours le jeudi 1er mai 1884, à quatre heures, dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée, et le continuera les jeudis et samedis suivants, à la même heure.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON.

Thèses de doctorat. — Année scolaire 1882-1883.

25. M. Bordet. Le jéquirity, son emploi dans le traitements de la conjonctivite granuleuse. — 26. M. Collomb. Essai sur l'hygiène et la pathologie de l'Annam et du Tonkin. — 27. M. Audry. Etude sur l'hydro-pneumo-péricarde. — 28. M. Goullioud. Des ostéites du bassin, au point de vue de leur pathogénie et de leur traitement. — 29. M. Bernasconi. Des effets toxiques du bichromate de potasse.

Décès notifiés au bureau municipal de statistique de la ville de Paris du vendredi 11 au jeudi 17 avril 1884.

Fièvre typhoïde 31. — Variole 0. — Rougeole 44. — Scarlatine 2. — Coqueluche 8. — Dipthérie, croup 53 — Dysentérie 0. — Erysipèle 10. — Infections puerpérales 3. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 64. — Phthisie pulmonaire 217. — Autres tuberculoses 18. — Autres affections générales 53 — Malformation et débilité des âges extrêmes 55. — Bronchite aiguë 27. — Pneumonie 100. — Athrepsie gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 38, — au sein et mixte 21. — Inconnu 7. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 120. — de l'appareil circulatoire 89. — de l'appareil respiratoire 89. — de l'appareil digestif 50 — de l'appareil génito-urinaire 31. — de la peau et du tissu lamineux 2. — des os, articulations et muscles 6. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 33. — Causes non classées 7. — Total de la semaine : 1180 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Du sevrage et de son étude comparative dans les différentes régions de la France, par le docteur Aubert, 1 vol. in-8. — Prix : 2 fr.50. — A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Traité de l'affection calculeuse du foie, par le docteur Jules Cyr, 1 vol. in-8. — Prix : broché 4 fr. — Cartonné 4 fr. 50. — Librairie Adrien Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

De la syphilis de l'oreille (état actuel de nos connaissances), par le docteur G. Jégu, de la Faculté de médecine de Paris. Paris, 1884, grand in-8 de 135 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Librairie Jacques Lechevalier, 23, rue Racine, Paris.

Le traitement thermal de l'eczéma a Saint-Gervais (Haute-Savoie), par le docteur L. Del gny, médecin consultant aux eaux de Saint-Gervais, une brochure in-8 de 16 pages. — Imprimerie Wallon, à Vichy. — Librairie Delahaye et Lecrosnier, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Mémoires et Bulletins de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux (année 1882), 1 volume in-8 de 470 pages. — Librairies de Masson, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris, et Féret et fils, à Bordeaux.

Contribution a l'étude clinique des tumeurs solides du scapulum, par le docteur René de Langenhagen, médecin des hôpitaux, 1 vol. in-8 de 106 pages, avec figures hors texte. — Paris, Delahaye et Lecrosnier, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart, Paris.

55e année. 7e série. Tome Ier. — N° 18 — 3 MAI 1884

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION:
Rédacteur en chef: M. le Dr **F. de RANSE;**
Membres: MM. les Drs **J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN;**
Secrétaire: M. le Dr **E. RICKLIN.**

Bureau d'abonnement: Librairie Octave **DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction:** Place Saint-Michel, 4.

CLINIQUE MÉDICALE

LA NÉPHRITE CONGESTIVE AIGUË INFECTIEUSE, conférence de M. le professeur RENAUT à l'hôpital de la Croix-Rousse de Lyon. (Recueillie par M. LECLERC, interne du service.)

(Suite. — Voir le numéro 17.)

II

Les deux néphrites aiguës dont je viens de vous résumer l'histoire clinique sont manifestement des affections du rein similaires entre elles. Toutes les deux ont présenté une évolution rapide, se sont accompagnées d'œdème, ont été graves, l'une par l'exagération de la fièvre, l'autre par l'intensité de l'anasarque. Mais à quelle variété d'inflammation rénale appartiennent-elles? quelles sont les lésions du rein que l'on trouve ordinairement conjuguées à des néphrites analogues? Quelle est, en un mot, la place qu'il convient de donner, dans le cadre nosologique, à la détermination rénale qui a frappé ces deux femmes?

Tel est, messieurs, le problème que je compte aborder dans la seconde partie de cette conférence.

Dans les traités de pathologie descriptive qui, de nos jours, font autorité et sont entre toutes les mains, et même dans les ouvrages relativement peu anciens consacrés spécialement à la description des affections rénales, la nomenclature des néphrites aiguës est schématiquement établie avec une simplicité qui ne laisse absolument rien à désirer. L'on considère ces néphrites comme ressortissant à trois modes principaux d'inflammation, inflammation dont les localisations sur les diverses parties du parenchyme rénal sont absolument tranchées:

1o Les auteurs distinguent d'abord des autres la *néphrite catarrhale*, sorte de coryza du rein caractérisé par une inflammation desquamative de l'épithélium des tubes collecteurs de Bellini, pyramidaux et disposés en rayons médullaires. L'on englobait il y a peu de temps dans cette forme toutes les néphrites satellites des fièvres graves, et bien à tort, comme vous l'allez voir.

2o Une seconde forme est la *néphrite parenchymateuse*, qui a son siège non plus dans les tubes excréteurs proprement dits, mais dans les tubes contournés, ceux qui font suite aux glomérules et ceux compris entre la portion ascendante de l'anse de Henle et l'origine des canalicules excréteurs. Dans une pareille néphrite, l'épithélium à bâtonnets des tubes précités est altéré; et ses altérations, d'ordre multiple, aboutissent à sa désorganisation et au départ de cylindres granuleux et granulo-graisseux qui sont formés à la fois d'albumine concrétée et de dépouilles épithéliales émanées de la substance corticale du rein.

3o Enfin une troisième forme est représentée par la néphrite interstitielle, qui n'est autre chose que l'inflammation localisée dans les espaces interorganiques du rein, ce qui revient à dire qu'elle a peur lien le tissu conjonctif modelé en cet organe, et les voies lymphatiques dont il est creusé.

Je n'ai pas l'intention, messieurs, de vous faire ici longuement la critique de cette classification; cela m'entraînerait trop loin et tout au moins en dehors des bornes d'une leçon clinique. Mais je ne puis m'empêcher de vous faire observer que l'anatomie pathologique actuelle, puissamment secondée par une analyse histologique devenue de jour en jour plus exacte et plus rigoureuse, a considérablement modifié la conception première que l'on avait des inflammations du rein.

Les travaux de Bartels, Klebs et de Weigert en Allemagne, en France, de Kelsch et de Charcot, de mon maître le professeur Cornil, de mon collègue et ami, le professeur R. Lépine, ceux enfin du professeur Bouchard, travaux à la suite desquels j'ose à peine citer les miens et ceux de mes élèves, les docteurs Petit et Ch. Hortolès, ont sensiblement modifié l'idée qu'on se faisait du processus des néphrites aiguës, et, pour certaines d'entre elles, ont conduit à des conceptions toutes nouvelles.

Si, par exemple, l'on compare entre elles les deux néphrites secondaires les mieux connues, celle qui est satellite de la fièvre typhoïde et celle qui se produit au cours de la scarlatine, vers le 12e ou le 14e jour à partir de l'invasion, l'on est absolument frappé des différences qui séparent ces deux inflammations rénales. Dans la fièvre typhoïde, constamment, il s'agit d'une *lésion dégénérative*, frappant de mort l'ensemble des cellules épithéliales qui forment le revêtement des tubes contournés, c'est-à-dire la totalité de l'épithélium à bâtonnets. Le protoplasma de ces cellules se gonfle, puis subit la métamorphose que Weigert appelle la nécrose par coagulation; il se fragmente souvent en boules granuleuses qui remplissent la lumière des tubes et qui ressemblent à s'y méprendre à des amas zoogléiques. Et de fait il est probable que, comme l'a pensé le professeur Bouchard, il s'agit ici d'une lésion parasitaire. Quoi qu'il en soit, la cellule est morte, son noyau ne se colore plus par l'hématoxyline, réactif par excellence des noyaux des cellules vivantes.

Du côté des voies d'excrétion, c'est-à-dire des tubes de Bellini, de Henle et des rayons médullaires, ces lésions dégénératives n'existent que peu ou pas, l'épithélium subit de place en place la desquamation, mais en général conserve toute sa vitalité. En même temps que ces lésions épithéliales, tout accessoires et d'ordre catarrhal, on observe dans le tissu con-

nectif périlobulaire des lésions d'œdème, abontissant souvent à des points de néoformation interstitielle. Enfin, au niveau des glomérules, une antre variété d'œdème peut être observée : c'est l'*œdème albumineux*. Cet œdème particulier, ayant pour siège les glomérules eux-mêmes et les espaces lymphatiques intertubulaires, diffère de l'œdème vulgaire en ce qu'il ne renferme pas ordinairement de globules blancs. Il est constitué par un exsudat qni injecte les tubes contournés et devient l'origine des nombreux cylindres hyalins, nus ou recouverts de dépouilles épithéliales granuleuses, qne l'on rencontre dans les urines des typhoïdiques atteints de néphrite en même temps que de rares globules, rouges et blancs, et des bactéries.

Messieurs, dans la néphrite dothiénentérique ainsi constituée et principalement caractérisée par deux circonstances que je vous prie de retenir : 1o les lésions dégénératrices de l'épithélium des tubes contournés ; 2° l'entière perméabilité des vaisseaux glomérulaires qui injectent constamment dans les *tubuli contorti* l'exsudat albumineux origine des cylindres, — jamais on ne voit l'anasarque ni même l'œdème mobile caractéristique survenir. Il s'agit ici d'une néphrite qui ne parle au clinicien que par l'albuminurie et par quelques autres symptômes vagues tels que la sécheresse subite de la langue, l'exagération de l'état ataxo-adynamique, la tendance aux eschares, accidentellement par l'urémie de forme éclamptique : mais le cas est si rare qu'on le doit éliminer du cadre ordinaire de la néphrite typhoïde ; la clinique, il ne faut jamais l'oublier, ne vit pas en effet d'exceptions.

Tout autre est la néphrite scarlatineuse, que l'on considérait autrefois comme une inflammation catarrhale et que mon ami le professeur Kelsch a le premier ramenée au type des inflammations intersitielles. Ici peu ou point de lésions de l'épithélium des tubes contournés ; mais (comme l'a montre mon élève le docteur Ch. Hortoles, actuellement chef de clinique distingué de la Faculté de Montpellier), un œdème congestif énorme occupant tous les espaces interorganiques du rein, c'est-à-dire ceux du tissu conjonctif. Dans ces espaces, avec le liquide de l'œdème, d'innombrables cellules lymphatiques ont émigré par diapédèse ; elles sont parfois tellement nombreuses dans les capillaires des bouquets glomérulaires qu'elles en oblitèrent la lumière et créent ainsi la condition principale de l'anurie, complication redoutable que l'on rencontre trop souvent dans la néphrite scarlatineuse. En un mot, il s'agit ici d'une *inflammation congestive* proprement dite, absolument comparable à celle que j'ai autrefois décrite dans la peau affectée d'érysipèle, c'est-à-dire, non pas comme le pensait Kelsch, une lésion fixe, profonde, aboutissant à la formation de bourgeons charnus interstitiels, mais bien une lésion *mobile, légère et fugace* à la façon de la lésion cutanée de l'érysipèle, j'ajouterai probablement aussi parasitaire comme cette dernière, bien que le fait soit encore à démontrer.

Par cette notion de l'*œdème aigu congestif* appliquée au rein par moi et mes élèves, je crois, messieurs, que la symptomatologie particulière à certaines néphrites est puissamment éclairée. La mobilité de la lésion, dans la néphrite scarlatineuse, n'est-elle pas en effet bien d'accord avec celle des symptômes ? La néphrite scarlatineuse débute brusquement comme l'érysipèle, subit comme lui des poussées et des recrudescences rapides, s'éteint comme lui net le plus souvent et sans laisser de traces appréciables. L'épisode morbide n'est dangereux, on le sait, que par l'annulation temporaire du rein, qui peut survenir et tuer rapidement ; non parce qne la néphrite est profonde, mais parce que la dépuration est absolument enrayée, ou que l'anasarque, pour ainsi dire galopante, crée mécaniquement des conditions de mort.

(A suivre.)

REVUE CRITIQUE

De la kératite interstitielle.

La kératite interstitielle, kératite diffuse, fut pour la première fois bien décrite par Hutchinson dans un mémoire publié à Londres en 1857. En même temps qu'il apportait un nombre considérable d'observations, le chirurgien anglais donnait de l'affection une description à laquelle on a peu ajouté depuis.

Chez les individus de hnit à quinze ans, de préférence chez les filles, on voit, dit-il, un léger pointillé blanchâtre apparaître dans les couches profondes de la cornée, surtout vers les parties centrales, et cela sans douleur, sans réaction inflammatoire. Bientôt ce ne sont plus des points, mais un nuage qui d'abord demi-transparent devient plus tard opaque, ressemblant à de l'eau de savon ; dès cet instant, il y a de la photophobie et un trouble marqué de la vision ; puis de petits vaisseaux partis de la périphérie de la cornée s'avancent vers son centre et lui donnent, suivant l'intensité de la vascularisation, un aspect qui peut varier du rose an rouge cerise. L'affection a atteint son maximum de développement, elle va maintenant rétrocéder peu à peu, pour disparaître dans la plupart des cas complètement. Parfois pourtant la régression ne se produit pas, la cornée se sclérose et l'opacité devient permanente ; ces cas sont heureusement très rares. Presque toujours les deux yeux sont pris, mais successivement, le second œil est envahi un mois, deux mois et même davantage après le premier ; et comme l'évolution complète de l'affection est en général de longue durée, les cornées, à un moment donné, peuvent être toutes denx opaques et le malade est complètement aveugle. Il est rare que derrière la cornée malade l'iris reste indemne, mais dans les cas favorables l'iritis disparaît en même temps que la kératite ; on voit la pupille reprendre ses fonctions à mesure que la cornée s'éclaircit.

Comme on peut en juger par cette description sommaire, la kératite interstitielle est une affection facile à reconnaître, ayant une physionomie spéciale, une marche bien définie ; aussi les auteurs qui se sont occupés de cette question se sont-ils peu appesantis sur les symptômes cliniques de la maladie, les variétés qu'elle pouvait présenter et les affections de la cornée avec lesquelles on pourrait la confondre ; et pourtant il y aurait peut-être quelque chose à faire dans cette voie ; le grand intérêt de la kératite parenchymateuse a toujours été sa pathogénie ; dès l'origine, c'est sur ce point qu'a porté le débat, et après de nombreux travaux, si aujourd'hui encore le dernier mot n'est pas dit, la question semble pourtant sur le point d'être bientôt résolue.

Dès le début, Hutchinson, remarquant que la kératite interstitielle coïncidait presque toujours avec certaines altérations dentaires et des troubles de l'ouïe, n'avait pas hésité à la rattacher à la syphilis héréditaire ; et de fait, dans nombre des observations qu'il rapporte, dans plus d'un tiers, il avait obtenu des parents l'aveu d'une syphilis antérieure.

Si l'on tient compte des difficultés d'une enquête de ce genre, on doit reconnaître que c'était là une proportion considérable. Ses idées, admises généralement en Angleterre, furent contestées pourtant par Mooren (dès 1867). En France, elles reçurent un accueil peu favorable. En novembre 1871, la question fut portée à la Société de chirurgie par M. Panas, qui se posa en adversaire résolu de la théorie d'Hutchinson; malgré Demarquay, Giraud-Teulon et Giraldès, il parut entraîner la conviction de la majorité de ses collègues. Pour lui, la kératite interstitielle est une lésion banale survenant chez les gens souffreteux, cachectiques, chez les individus qui sont élevés dans la misère. Le Dauphin, dans une thèse inaugurale faite sous l'inspiration de M. Panas, conclut en disant: « La kératite interstitielle ne doit pas être classée parmi les manifestations de la syphilis héréditaire; elle doit être rangée parmi les complications de la scrofule, non pas de la scrofule vulgaire, mais de ce lymphatisme qui s'accompagne d'un arrêt de développement en bas âge; elle se montre chez les individus qui ont été mal nourris, mal habillés, mal chaussés, exposés au froid et à l'humidité. » Que deviennent alors les observations dans lesquelles Hutchinson a obtenu des parents l'aveu d'une syphylis antérieure? On pourrait croire que l'auteur de la thése en question a été embarrassé par ce nombre véritablement imposant de cas contraires à sa théorie: il en fait très bon marché, et cela avec une aisance qu'il serait fâcheux de rencontrer souvent dans les discussions scientifiques. « Les aveux de cette sorte, dit-il, peuvent être regardés comme nuls; on sait comment sont faites les recherches de ce genre: on demande à un individu s'il a eu la vérole; il répond presque toujours oui. Le plus minime écoulement, la plus légère chaudepisse est considérée comme syphilis. » C'est traiter bien à la légère, croyons-nous, un homme de la valeur de Hutchinson, pour penser que ses investigations ont été aussi superficielles, aussi peu sérieuses. Le Dauphin se garde bien d'ajouter d'ailleurs que Hutchinson raconte avoir, dans certains cas, obtenu des dénégations absolues de parents encore porteurs de traces irrécusables de syphilis; ces derniers faits eussent été plus difficiles à récuser. On avait d'autre part à cette époque, sur la syphilis héréditaire, des notions qui ont été modifiées depuis; on croyait qu'il était impossible qu'une syphilis héréditaire restât latente jusqu'à l'âge de sept ou huit ans pour se manifester ensuite. Les belles leçons de M. le professeur Fournier, les travaux de M. Lannelongue ont rectifié depuis nos idées sur ce point: on découvre maintenant les manifestations de ce genre, comme on découvre dans la syphilis acquise des manifestations très tardives qui arrivent dix ans, quinze ans après l'infection.

Quoi qu'il en soit, cette doctrine, il n'y a pas bien longtemps encore, était la plus généralement admise en France; on croyait peu à la syphilis héréditaire ou même on n'y croyait pas. Il est vrai de dire pourtant qu'avant les travaux récents MM. Carré en 1874, Desmarres en 1875, Lacombe en 1879, avaient publié des observations en rapport avec celles de Hutchinson et dans lesquelles les antécédents syphilitiques des parents ne paraissaient pas douteux.

De nos jours, la question a repris un nouvel intérêt; on sait mieux reconnaître ou plutôt on commence à reconnaître la syphilis héréditaire tardive que l'on ignorait autrefois; les recherches au sujet de la nature de la kératite interstitielle sont devenues plus faciles; les aveux des parents entrent moins en ligne de compte; on peut mieux, par l'étude des antécédents et de l'ensemble des symptômes que présente un malade, reconnaître une syphilis héréditaire. Hutchinson prenait en considération les altérations dentaires et les troubles de l'ouïe. M. Parinaud, dans un mémoire récent, a introduit un nouvel élément d'une très grande valeur aussi, les fausses couches antérieures à la naissance du sujet. Chacun de ces signes pris en particulier n'a pas une valeur absolue, mais leur réunion constitue plus qu'une présomption en faveur de la syphilis héréditaire. De fait, presque tous les malades atteints de kératite interstitielle ont cette physionomie spéciale, cet ensemble de caracteres si bien décrits par M. Fournier: ce sont des sujets à peau grisâtre, terne, ayant des dents mal formées, affectés de troubles de l'ouïe, de lésions osseuses, etc.

Sur trente-deux cas observés à sa clinique et soigneusement analysés, M. Parinaud a pu établir des antécédents syphilitiques vingt-trois fois; dans les neuf autres, l'infection était encore probable, et il n'a pas rencontré un seul cas complètement négatif.

M. Fournier, de son côté, en étudiant les statistiques de Horner, Sœmist et Wecker, a trouvé que les deux tiers des sujets atteints de kératite interstitielle étaient affectés de syphilis héréditaire, et, tout en la regardant comme une lésion banale, il ajoute que c'est peut-être le meilleur signe de l'hérédité syphilitique.

Aujourd'hui donc, on peut dire que si l'opinion de Hutchinson n'est pas encore admise sans conteste, elle gagne chaque jour du terrain; les objections élevées contre elle tombent peu à peu; il n'est pas jusqu'au traitement dont les adversaires de la théorie s'étaient fait une arme contre elle qui ne vienne maintenant plaider en sa faveur. La médication mercurielle ordinaire, employée seule ou combinée à l'iodure de potassium, n'avait produit dans certains cas aucune amélioration. Des recherches faites à la clinique de M. Abadie et consignées dans deux thèses soutenues récemment par MM. Leleu et de Massaloux-Lamonnerie, il résulte que ces cas, qui semblent rebelles au traitement spécifique ordinaire, sont rapidement et très favorablement influencés par les injections sous-cutanées de bichlorure de mercure.

M. Abadie se sert pour ces injections de la solution suivante:

Sublimé	1	gramme.
Chlorure de sodium	2	—
Eau distillée	100	—

L'injection est faite avec la seringue de Pravaz bien nettoyée auparavant; chaque seringue de 1 gramme contient 1 centigramme de sublimé. Chez l'adulte, la dose employée est l'injection d'une seringue pleine tous les deux jours; chez l'enfant, la dose est proportionnée à l'âge. Il est rare qu'au bout de dix à quinze injections il n'y ait déjà un résultat marqué. Si nous appliquons dans le cas présent le vieil axiôme *naturam morborum...*, etc., ce serait là encore une preuve de plus en faveur de la nature syphilitique de la maladie. Ainsi donc, antécédents, physionomie et aspect général du malade, traitement, tout concourt à faire de la kératite interstitielle une manifestation de la syphilis héréditaire au moins chez les jeunes sujets.

Qu'il y ait chez l'adulte, à partir de vingt-cinq ou trente ans, une kératite interstitielle liée à une autre diathèse, le fait n'est pas douteux, quoiqu'il y ait peut-être à établir une distinction clinique entre cette kératite des gens âgés et celle des

jeunes sujets; mais pour l'instant nous inclinons à penser que chez ces derniers, dans l'immense majorité des cas, sinon toujours, le terme *kératite interstitielle* pourrait être dûment remplacé par celui de *kératite hérédo-syphilitique*.

OUVRAGES À CONSULTER :

Hutchinson. — *Étude clinique sur certaines maladies de l'œil et de l'oreille consécutives à la syphilis héréditaire*. Trad. et an. par Hermet. — Ad. Delabaye, 1884.

Le Dauphin. — *De la kératite interstitielle*. Thèse de Paris, 1875.

De Massaloux-Lamonnerie. — *Des manifestations oculaires de la syphilis héréditaire tardive*. Thèse de Paris, 1883.

Parinaud. — *De la kératite interstitielle d'origine syphilitique*. Arch. gén. de médecine, nov. 1883.

Leleu. — *De la kératite interstitielle et de son traitement par les injections sous-cutanées de bichlorure de mercure*. Thèse de Paris, 1884.

Couzon. — *De la kératite interstitielle chez l'adulte*. Thèse de Paris, 1883.

Fournier. — *Leçons sur la syphilis héréditaire tardive*. Semaine médicale, 19 juillet 1883.

Bull. Société chir., nov. 1871.

Abadie. — Union médicale, 4 et 11 oct. 1883.

Panas. — *Considérations sur la nature et le traitement de la kératite interstitielle diffuse*. Arch. d'opth., nov. 1881.

Toupet.

REVUE DES THÈSES.

Dr Giraudeau. — Des accidents vertigineux et apoplectiformes dans le cours des maladies de la moelle épinière. Th. de Paris, 1884. — A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Des accidents vertigineux et apoplectiformes peuvent se montrer à titre de complication dans un certain nombre d'affections médullaires parmi lesquelles nous signalerons la sclérose en plaques, l'ataxie locomotrice, les myélites chroniques diffuses, peut-être l'atrophie musculaire progressive.

On les rencontre encore dans les lésions localisées de la région cervicale de la moelle; ils sont alors d'autant plus fréquents que la zone lésée avoisine davantage le bulbe; ils coexistent souvent alors avec le pouls lent permanent, les troubles oculo-pupillaires les attaques syncopales ou épileptiformes.

Ils font défaut dans les affections localisées à la région dorso-lombaire de la moelle, de sorte qu'on ne peut les expliquer par une action à distance.

Dans tous les cas où ils se rencontrent, ils présentent les mêmes caractères généraux et ne diffèrent que par quelques caractères d'importance secondaire.

Ils peuvent apparaître à toutes les périodes de l'affection, mais acquièrent leur plus grande fréquence au début de celle-ci.

Ceux qui se montrent à une période avancée de la maladie sont d'un pronostic beaucoup plus grave que lorsqu'ils apparaissent au début.

Chez bon nombre de malades, ils accompagnent des phénomènes d'ordre cérébral : délire passager, perte de la mémoire, hémiplégie cérébrale ou bulbaire : embarras de la parole, paralysies oculaires, surdité, crises laryngées, etc.

Ils sont parfois l'occasion de l'apparition des premiers troubles locomoteurs; lorsque ceux-ci existent déjà, ils les aggravent brusquement. Cette période d'aggravation est suivie d'une phase de rémission pendant laquelle les troubles locomoteurs diminuent, mais sans jamais atteindre le degré qu'ils présentaient avant l'attaque, de sorte qu'en définitive chacune d'elles peut être considérée comme une poussée aiguë.

Parmi ces accidents, les uns peuvent être rattachés à des complications telles que hémorrhagie, ramollissement, et être envisagés comme une pure coïncidence.

Les autres sont désignés sous le nom d'*accidents congestifs*, mais cette congestion encéphalique n'existe pas dans tous les cas.

Elle apparaît surtout lorsque l'attaque apoplectiforme s'est prolongée, lorsque la respiration s'est embarrassée progressivement et qu'une asphyxie agonique s'est manifestée.

Dans les cas au contraire où la mort survient rapidement, la congestion encéphalique fait défaut ou est peu prononcée.

Chez tous les sujets ayant succombé dans le cours d'une attaque apoplectique, on trouve des altérations soit des hémisphères cérébraux, soit du mésocéphale.

Celles-ci consistent généralement en foyers scléreux et peuvent être assimilées aux tumeurs cérébrales et aux vieux foyers d'hémorrhagie ou de ramollissement intra-hémisphériques, lesquels sont susceptibles d'engendrer des attaques apoplectiformes sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir, pour les expliquer, l'hypothèse d'une congestion encéphalique.

Telles sont les conclusions qui terminent, en le résumant, l'excellent travail du docteur Giraudeau.

Paul Berthod.

FORMULAIRE

Pilules contre la cystite chronique.

(Thompson.)

Rec.	Acide benzoïque	0 gr. 20
	Glycérine très pure	1 goutte.
	Gomme arabique pulvérisée	q. s.

Pour f. s. a. Une pilule. — Prendre dix pilules semblables, deux à trois fois par jour.

Emulsion d'iodoforme pour injections vésicales dans les cas de cystite chronique.

(Nussbaum)

Rec.	Iodoforme	1 gramme.
	Glycérine	5 —
	Eau	100 —

M. s. a. — Faire précéder chaque injection d'un lavage de la vessie.

E. R.

BULLETIN

Association générale des médecins de France. — Projet de loi sur l'exercice de la médecine.

Notre collaborateur et ami, M. Delvaille, a rendu compte, dans le précédent numéro, de la première journée de l'Assemblée annuelle de l'Association générale et nous a laissé le soin de faire connaître les travaux accomplis pendant la seconde, journée d'étude, de discussion, de vote, par conséquent plus ou moins féconde en résultats pratiques.

La première question qui a été abordée est relative à l'élection des membres du Conseil général. Cette élection, contrairement aux errements habituels, a eu lieu le dimanche; M. Pamard a demandé qu'elle soit reportée au lundi, pour que les électeurs aient le temps de s'entendre sur les candidats proposés. M. Boutequoy a exprimé le désir que la liste des

candidats soit envoyée aux Sociétés locales en même temps que la lettre de convocation. La mesure paraissant présenter quelques difficultés pratiques, l'Assemblée décide qu'on distribuera le dimanche aux délégués la liste des candidats proposés par le Conseil, et que le vote aura lien le lundi.

M. Martineau donne ensuite lecture de son rapport sur *La création d'un centre d'informations destiné à faciliter l'établissement des jeunes médecins et le remplacement des médecins forcés d'interrompre leur pratique pour cause d'absence*. Le centre d'informations dont il s'agit fonctionne déjà, grâce au zèle et au dévouement de M. Martineau, et, à l'appui des arguments théoriques faciles à concevoir développés par lui, le rapporteur a pu faire valoir les excellents résultats déjà obtenus. L'Assemblée a voté des remerciments à M. Martineau et adopté les conclusions de son rapport.

Le rapport de la commission des pensions viagères offre toujours un grand intérêt. Il donne, jusqu'à un certain point, la mesure des misères les plus poignantes de la profession et celle des ressources de l'Association pour les atténuer. Huit demandes nouvelles de pensions seulement ont été adressées au Coneeil général. Certes, noue savons parfaitement que bon nombre de confrères aiment mieux souffrir en silence que de prendre le Conseil de l'Association pour confident de leurs misères, et c'est ce qui noué a fait adhérer des premiers au projet de création d'une Caisse de pensions de droit. Mais il n'en est pas moins vrai que nos mœurs professionnelles n'ont pas changé, et que le chiffre des demandes de pensions est inférieur, cette année, à celui d'aucune des années précédentes : il est permis d'en prendre note et de s'en féliciter.

D'un autre côté le capital de la Caisse des pensions viagères s'est accru de plus de 60,000 fr. ; et une somme de 5,500 fr. de rentes a pu être affectée au service des huit pensinns nouvelles et à l'augmentation de onze pensions anciennes.

Le capital de la caisse des pensions est aujourd'hui de 828,655 fr. Il permet de consacrer en rentes une somme de près de 36,000 fr. au service de 74 pensions dont le taux varie de 300 à 600 fr. Ce taux augmente chaque année ; déjà le nombre des pensions de 600 et de 500 fr. est de 40 sur 74, c'est-à-dire supérieur à la moitié ; le taux moyen est ainsi de 440 fr. par tête. Avec la progression continue qu'il suit, il est possible de prévoir une époque où le chiffre de la pension sera en rapport avec les besoins et la dignité des pensionnaires. Si, d'autre part, comme nous nous plaisons à l'espérer, le projet élaboré par M. Landé devient, pour emprunter une expression de M. Durand-Fardel, *une bonne affaire*, si, en d'autres termes, la Caisse des pensions de droit, destinée surtout à ce qu'on a appelé avec raison le *tiers-état de la profession*, devient florissante, la Caisse des pensions viagères de l'Association générale, réservée aux vaincus de la lutte, aux déshérités de la profession, permettra de leur donner, sur leurs vieux jours, l'aisance et la tranquillité des confrères plus heureux. Les deux caisses se complèteront ainsi l'une l'autre.

La partie la plus importante de l'ordre du jour était certainement la discussion du rapport de M. Lunier sur le *projet de loi relatif à l'exercice de la médecine*. Afin que nos lecteurs soient bien saisis de la question, nons publions plus bas, en regard l'un de l'autre, le projet de la commission de l'Association générale et celui de M. Chevandier

Dès que la discussion générale a été onverte, on a donné lecture d'un vœu exprimé par la Société locale du Calvados et tendant à ce que le projet de loi en question ne fût pas discuté au sein de l'Association. Le nombre des officiers de santé, dans ce département et, en général, dans les départements du Nord, est relativement considérable, et il y aurait ainsi à craindre une scission dangereuse et regrettable entre les divers membres de l'Association. Le vœu de la Société locale du Calvados n'a pas trouvé d'appui, même auprès de son délégué, qui l'a simplement présenté sans le défendre ; aussi n'a-t-il pas été pris en considération par l'Assemblée.

M. Surmay (de Ham), qui avait demandé que son projet sur la création d'un *ordre des médecins* vînt en discussion avec le projet de loi sur l'exercice de la médecine, déclare ne pas persister dans cette demande, les pénalités édictées dans le dernier projet lui donnant en partie satisfaction.

M. Chevandier (de la Drôme), promoteur du projet de loi sur l'exercice de la médecine déjà pris en considération par la Chambre des députés, se félicite des nombreux points de contact que le projet émané du Conseil général de l'Association présente avec le sien. Il n'en pouvait être autrement, car les deux projets, poursuivant un même but, ont aussi même origine, s'étant surtout inspirés des idées émises dans le congrès médical de 1845 et des réformes proposées dans le projet de loi Salvandy-Bengnot. Il sera donc bien facile à la commission parlementaire et à la commission de l'Association de s'entendre, et M. Chevadier ne doute pas que le concours et l'appui de celle-ci ne contribuent puissamment au succès de la campagne entreprise. Les paroles de M. Chevandier sont très sympathiquement accueillies par l'Assemblée.

On procède ensuite à la discussion des articles.

Sur l'article premier, nous demandons une modification de la rédaction qui consisterait à énoncer simplement dans cet article le principe fondamental de la loi « que nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est pourvu d'un diplôme de docteur en médecine délivré par une Faculté de l'Etat », et à renvoyer dans un article spécial les exceptions à ce principe, en particulier ce qui concerne les professions de dentiste et de sage-femme.

Après une courte discussion, la modification que nous proposons est adoptée.

Le délégué de la Société de Rochefort renouvelle le vœu déjà exprimé par cette Société que la nouvelle loi soit appliquée par le département de la marine comme elle l'est par le département de la guerre.

M. Le Roy de Méricourt fait observer que l'exigence du diplôme de docteur de tout médecin de la marine aura pour résultat de rendre le recrutement du service de santé de la marine très difficile. Ce sera aussi l'arrêt de mort des Ecoles de médecine navale.

M. Lunier répond que, dans le projet de loi spécial à la marine, satisfaction est donnée au vœu de la Société de Rochefort.

La question des officiers de santé est reprise par M. Lenoël, délégué de la Société de la Somme. Cet honorable confrère combat la suppression de l'officiat, qui trouve aussi des défenseurs dans M. Villard, délégué des Bouches-du-Rhône, et dans le délégué de la Marne.

La discussion s'anime, s'échauffe ; en définitive, c'est la partie capitale de la loi, l'unification des titres, qui est en jeu. On

connaît tous les arguments qui ont été invoqués en faveur ou à l'encontre de l'officiat; le débat actuel n'en fait pas surgir de nouveaux. Aussi, quand on procède au vote, l'Assemblée se prononce pour la suppression des officiers de santé.

L'examen des articles suivants du projet de loi a soulevé moins de discussions et a été beaucoup plus rapide. Nous nous bornerons à mentionner les légères modifications apportées à la rédaction de la commission.

A l'article 2, on a supprimé les mots « avec l'autorisation du ministre compétent » et remplacé le mot « départements » par celui de « cantons ».

Au premier paragraphe de l'article 5, on a ajouté un paragraphe additionnel exigeant des dentistes étrangers des garanties analogues à celles qu'on impose aux docteurs (1).

Les quatre derniers paragraphes du même article ont été assez vivement débattus. L'autorisation exceptionnelle d'exercer en France accordée aux docteurs étrangers qui auront rendu de grands services à la science, bien qu'elle soit soumise préalablement à l'avis compétent de la Faculté de médecine de Paris et du Comité consultatif de l'instruction publique, a paru à beaucoup de délégués, et nous sommes de ce nombre, ouvrir la porte aux abus. Les cas visés par ce paragraphe se présenteront sans doute bien rarement : c'était une raison de plus pour ne pas en faire l'objet d'une exception au principe même de la loi. Moins les exceptions sont nombreuses, plus la loi est précise et moins elle est violée. D'un autre côté, les pays étrangers paieront-ils de retour notre hospitalité généreuse? C'est plus que douteux. Quoi qu'il en soit, le paragraphe en question a été voté, sauf addition du mot *médicale* : l'exception dont il s'agit ne sera faite qu'en faveur des étrangers qui auront rendu de grands services à la *science médicale*.

L'article 9 est assez chaudement discuté; il touche à un point important de la pratique dans les campagnes. Les mots « péril urgent » sont remplacés par le mot plus général « urgence », et l'on ajoute que les médecins peuvent, *même là où il y a officine*, fournir des médicaments.

M. Lunier, comme addition à l'article 12, propose de donner le droit d'exercice, droit tout au moins temporaire, durant, par exemple, le remplacement d'un docteur, à tout élève en médecine muni de 16 inscriptions. Il avait en vue un procès récent intenté à un interne qui avait traité des malades en ville et signé des ordonnances. La question est très débattue, mais la crainte des abus auxquels pourrait donner lieu l'article additionnel proposé par M. Lunier le fait rejeter.

Sur la proposition de M. Lassalle (de la Gironde), fortement appuyée, on ajoute au troisième paragraphe de l'article 14 des pénalités à l'adresse des docteurs en médecine qui s'associeront à des rebouteurs, à des somnambules et autres charlatans, et se rendront ainsi complice du délit d'exercice illégal de la médecine : c'est de toute justice.

L'ensemble du projet de loi est mis aux voix et adopté.

En parcourant ce projet parallèlement à celui de M. Chevandier, on peut voir, comme l'a fait remarquer l'honorable député, qu'ils se reproduisent ou se complètent l'un l'autre. Ils portent en définitive sur trois points principaux : 1° l'unification des titres; 2° la qualification précise de délit donnée à l'exercice illégal de la médecine et l'attribution de juridiction pour ce délit à la police correctionnelle : 3° l'institution de pénalités en rapport avec le délit qualifié. Ainsi que nous avons déjà eu l'occasion de le dire dans un précédent numéro, la partie du projet de M. Chevandier relative aux conditions d'études trouvera mieux sa place dans un projet de loi sur l'enseignement de la médecine.

Après le vote dont il vient d'être parlé, l'Assemblée avait à entendre les vœux exprimés par les sociétés locales. On se souvient de l'orage récent soulevé au sein de l'Association des médecins de la Gironde par la question des rapports des syndicats avec l'Association générale. Il était facile de prévoir que cette question serait portée devant l'Assemblée générale; M. Hameau, délégué de la Gironde, l'en a saisie officiellement, et le vœu dont il a été l'interprète a été aussi formulé ou appuyé par d'autres sociétés locales. Le Conseil général, ainsi qu'il ressort du rapport de M. Foville, est allé au devant de ce vœu et a pris l'engagement de soumettre à une étude impartiale, sans préjugé, sans parti pris, la question qui en fait l'objet et qui intéresse à un si haut degré les intérêts de la profession.

La Société locale de l'Ain émet ensuite le vœu que le titre de médecin assermenté soit supprimé, les clients le considérant comme un titre scientifique. Ce vœu, comme le précédent, est pris en considération et sera l'objet d'un rapport dans la prochaine Assemblée générale.

On a reproché parfois à l'Association générale de s'immobiliser, de se désintéresser de ce qui se faisait en dehors d'elle. Si ce reproche a pu être fondé, elle a cessé de le mériter, et toute idée, tout projet, tout mouvement ayant pour but l'amélioration des conditions morales et matérielles de la profession, paraît désormais devoir rencontrer chez elle accès facile, accueil bienveillant, encouragement et appui. En constatant ce fait, on ne peut que s'en réjouir.

Il nous reste, pour clore ce compte rendu déjà un peu long de la seconde journée, à dire qu'elle s'est terminée de la façon la plus agréable dans les salons du président, où M. et Mme Henri Roger ont reçu leurs hôtes avec la cordialité et le charme auxquels ils les ont depuis longtemps habitués.

Dr F. de Ranse.

(1) D'après des renseignements émanés de différentes sources, des négociations seraient engagées en ce moment, entre la France et les pays voisins, à l'effet de décider que tout individu, muni du diplôme de docteur en médecine délivré par une Faculté de l'un des Etats contractants jouirait du droit d'exercer la médecine sur toute l'étendue du territoire de ces divers Etats, à la seule condition de faire enregistrer son diplôme par les autorités compétentes. Nous espérons que la commission parlementaire chargée d'examiner le projet de M Chevandier et le Conseil général de l'Association générale useront de toute leur influence auprès du gouvernement pour que ces négociations n'aboutissent pas. D'abord il ne faut pas oublier qu'il n'y a nulle équivalence entre notre diplôme de docteur, qui représente à la fois un titre scientifique et un grade professionnel, et les diplômes, délivrés par la plupart des Universités étrangères, qui ne constituent qu'un titre scientifique. En second lieu, le mouvement d'émigration est loin d'atteindre en France au degré du mouvement d'immigration en ce qui concerne la profession médicale, de sorte que, sous une certaine apparence de libéralisme, le projet en question ne ferait que favoriser les étrangers au détriment de nos intérêts nationaux.

PROPOSITION DE LOI SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE. — Rapport à l'Association générale des médecins de France fait au nom d'une Commission composée de MM. Roger, président ; Dufay, Foville, Gallard, Guerrier, Jaccoud, Penard, Vannesson et Lunier, rapporteur.

TITRE Ier

Du droit d'exercer. — Incapacités.

Article premier. — Nul ne peut exercer la médecine ou l'une des branches de la médecine sur le territoire de la France et de ses colonies, s'il n'est pourvu d'un diplôme de docteur en médecine délivré par une Faculté de l'Etat, on d'une autorisation exceptionnelle, ainsi qu'il est dit au § 4 de l'art. 5 ci-après, ou d'un diplôme spécial de dentiste, ou d'un brevet de sage-femme, et s'il n'a fait enregistrer son titre à la sous-préfecture et au greffe du tribunal civil de son domicile.

Deux ans après la promulgation de la présente loi, il ne sera plus délivré de diplômes d'officier de santé.

Art. 2. — Toutefois les officiers de santé reçus en vertu des dispositions du titre III de la loi du 20 mars 1803 (19 ventôse an XI), ainsi que les médecins et chirurgiens régulièrement autorisés, conformément à l'art. 4 de la même loi, continueront d'exercer dans les termes de leur commission dûment enregistrée. Ils pourront avec l'autorisation du ministre compétent, exercer la médecine dans les départements limitrophes de celui qui leur a été assigné, mais sans pouvoir toutefois y transporter leur domicile.

La même autorisation pourra être accordée aux sages-femmes munies d'un brevet dûment enregistré.

Les officiers de santé pourvus soit du baccalauréat ès lettres soit du baccalauréat ès sciences restreint, pourront, s'ils comptent quatre années d'exercice, se présenter devant une Faculté de l'Etat, pour obtenir s'il y a lieu, le diplôme de docteur, après avoir subi des épreuves dont le nombre et la nature seront déterminés par le Conseil supérieur de l'Instruction publique.

Art. 3. — Nul ne pourra exercer l'art dentaire, prendre le titre de médecin ou chirurgien dentiste s'il n'a acquis le droit d'exercer la médecine conformément aux dispositions des art. 1 et 2 de la présente loi, ou s'il n'est pourvu d'un diplôme spécial de dentiste.

Art. 4. — L'étranger reçu docteur devant une Faculté de l'Etat exerce librement sur le territoire de la France et de ses colonies.

Art. 5. — Le Français et l'étranger munis de diplômes étrangers ne peuvent exercer en France qu'après avoir subi, devant une Faculté de l'Etat, tous les examens pour le doctorat, présenté et soutenu une thèse et produit un certificat de bonne vie et mœurs délivré par les autorités françaises.

La dispense de scolarité ne leur est accordée, par le ministre compétent, qu'après que le Comité consultatif de l'instruction publique a déclaré admettre l'équivalence des diplômes ou certificats produits par les candidats avec les diplômes de bachelier ès lettres et ès sciences restreint.

Le Français muni de diplômes étrangers payera les mêmes frais que s'il eût fait ses études médicales en France. L'étranger acquittera les mêmes frais que ceux imposés, dans son pays, au Français qui veut y jouir des mêmes droits, sans toutefois qu'en aucun cas ces frais puissent être inférieurs à ceux qu'il eût payés, s'il eût fait ses études médicales en France.

Pourront toutefois être autorisés, exceptionnellement, à exercer la médecine sur le territoire de la France et de ses colonies, sans être tenus de subir des examens devant une Faculté de l'Etat, les Français et étrangers reçus docteurs à l'étranger, qui auraient rendu de grands service à la science.

Ladite autorisation ne pourra être accordée, par le ministre compétent, qu'après avis conforme de la Faculté de médecine de Paris et du Comité consultatif de l'instruction publique.

A l'égard des étrangers cette autorisation sera toujours révocable.

Ampliation de l'autorisation devra être enregistrée, avant tout exercice, à la diligence de l'impétrant, conformément aux dispositions de l'article 1er.

Art 6. — Tous les ans, au mois de janvier, la liste officielle des médecins et sages-femmes régulièrement enregistrés sera affichée, par les soins du préfet dans son département, et dans les mêmes conditions de publicité que ses arrêtés.

Art 7. — L'exercice de la médecine ou de l'une des branches de la médecine est interdite au pharmacien tenant officine ouverte, lors même qu'il serait pourvu du double diplôme.

Art. 8. — Toute association publique ou secrète entre les pharmaciens et ceux qui exercent la médecine ou l'une des branches de la médecine est interdite.

PROPOSITION DE LOI RELATIVE A L'EXERCICE DE LA MÉDECINE, présentée par MM Chevandier, Joubert, Bizarelli, Devade, Conturier, Bernard-Lavergne, de Mahy, Lombard, Forné, Bacqnias, Chavanne (Rhône), députés.

TITRE PREMIER

Du personnel médical. Unification des titres.

Article premier. — Nul ne peut exercer la médecine sur le territoire de la République, s'il n'est pourvu d'un diplôme régulier de docteur en médecine, décerné par une Faculté de l'Etat, et s'il ne l'a fait enregistrer à la sous-préfecture et au greffe du tribunal civil de son domicile.

Tous les ans, au mois de janvier, la liste officielle des médecins régulièrement enregistrés sera affichée par les soins du préfet, dans son département et dans les mêmes conditions de publicité que ses arrêtés.

Art. 2. — Toutefois les officiers de santé reçus conformément au titre III de la loi du 10 mars 1803 (19 ventôse an XI) ainsi que les médecins et chirurgiens dûment autorisés, continuent d'exercer la médecine aux conditions et dans les termes de leur commission.

Les officiers de santé, pourvus du baccalauréat ès lettres et du baccalauréat ès sciences restreint, pourront, s'ils comptent six années d'exercice, se présenter devant une Faculté de l'Etat pour obtenir, s'il y a lieu, après deux examens et une thèse, le diplôme de docteur.

Art. 3. — Le Français et l'étranger reçus docteurs à l'étranger ne peuvent être autorisés à exercer leur art sur le territoire de la République qu'après avoir subi, devant une Faculté de l'Etat, tous les examens pour le doctorat, présenté et soutenu une thèse et produit un certificat de bonne vie et mœurs.

La dispense de scolarité ne leur est accordée par le ministre compétent après déclaration de la Faculté, devant laquelle ils devront passer leurs examens et soutenir leur thèse, d'équivalence avec les diplômes de bachelier ès lettres et ès sciences des diplômes ou certificats produits par les candidats.

Le Français, reçu docteur à l'étranger, payera les mêmes frais que s'il eût fait ses études médicales en France. L'étranger acquittera les mêmes frais imposés dans son pays au Français qui veut y jouir des mêmes droits.

Art. 9. — En cas de péril urgent, et aussi dans tous les cas où il n'y a pas de pharmacien ayant officine ouverte à une distance de 4 kilomètres du domicile du malade, les médecins peuvent fournir des médicaments à leurs clients, mais sans avoir le droit de tenir officine ouverte.

Art. 10. — Tout médecin, lorsqu'il est dûment requis, doit le concours de son art à l'autorité administrative ou judiciaire en cas d'urgence absolue et de flagrant délit.

Dans toutes autres circonstances, il est libre de prêter ou de refuser le concours qui lui est demandé.

Ce devoir est commun à quiconque exerce l'une des branches de la médecine.

Le médecin qui a accepté une mission, en vertu des dispositions qui précèdent, agit en qualité d'expert et a droit à la rémunération afférente à cette qualité.

Art. 11. — Sont incapables d'exercer la médecine, ni aucune des branches de la médecine :

1° Ceux qui sont condamnés à des peines afflictives ou infamantes, à moins qu'elles n'aient été prononcées pour des causes politiques ;

2° Ceux qui sont condamnés à des peines correctionnelles pour crimes de faux, pour délit de vol et d'escroquerie, pour crimes ou délits prévus par les art. 316, 317 (§§ 1 et 3), 331, 332, 333, 334, 345, 349, 354, 355 du Code pénal, et 41, dernier alinéa, de la loi du 21 mars 1832 sur le recrutement.

Les cours d'assises pourront déclarer incapables d'exercer la médecine ni aucune des branches de la médecine, ceux qu'elles condamneront à des peines correctionnelles pour des faits qualifiés crimes par la loi et non spécifiés aux articles du Code pénal visés au § 2 du présent article.

Le même pouvoir est attribué aux tribunaux correctionnels en cas de condamnations pour les délits prévus par les art. 317 (§ 4), 330, 350, 353, 400, 405, 408 du Code pénal, et 45 de la loi du 21 mars 1832 sur le recrutement.

TITRE II.

De l'exercice illégal de la médecine.

Art. 12. — Exerce illégalement la médecine :

1° Toute personne qui, sans être munie d'un diplôme de docteur en médecine, ou d'un diplôme spécial de dentiste, obtenus conformément aux dispositions des art. 1, 2, 3, 4 et 5 de la présente loi, et avoir fait enregistrer son titre, a l'habitude de prescrire ou conseiller un mode de traitement, l'usage d'un médicament ou d'une substance quelconque qu'elle représente comme capable de guérir, ou de se livrer à des manœuvres ou opérations ayant le même but;

2° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que ce titre lui confère.

Art. 13.—L'exercice illégal de la médecine est un délit justiciable des tribunaux correctionnels.

TITRE III.

Dispositions pénales.

Art. 14. — Seront punis :

1° D'une amende de 16 à 200 francs ceux qui, munis d'un titre régulier, exercent l'art de guérir avant d'avoir fait enregistrer ce titre;

2° D'une amende de 16 à 300 francs ceux qui contreviendront aux dispositions des art. 7, 8, 9 et 10 (§ 1) de la présente loi;

3° D'une amende de 50 à 500 francs et d'un emprisonnement de quinze jours à trois mois, ceux qui exerceront la médecine ou l'une des branches de la médecine sans être munis d'un titre régulier, conformément aux dispositions des art. 1, 2, 3, 4, 5 et § 2 de l'article 12 de la présente loi;

4° D'une amende de 500 à 2,000 francs et d'un emprisonnement de trois à six mois, ceux qui exerceront la médecine ou l'une des branches de la médecine en prenant indûment le titre de docteur en médecine.

Toutefois, si l'usurpation de titre est le fait d'un officier de santé, ou d'un médecin régulièrement commissionné, conformément aux dispositions de l'art. 2 § 1er de la présente loi, l'amende sera réduite de moitié et la peine de l'emprisonnement ne sera pas appliquée;

5° D'un emprisonnement de trois mois à un an ceux qui, se trouvant dans l'un des cas d'incapacité prévus par l'art. 11, exerceront illégalement la médecine ou l'une des branches de la médecine.

Art. 15. — En cas de récidive, les peines seront portées au double.

Il y a récidive lorsque, dans les cinq années antérieures, le pré-

TITRE II.

Conditions d'études. Dispositions transitoires pour les étudiants.

Art. 4. — La durée totale des études pour le doctorat est de quatre années, non compris le temps des épreuves.

Art. 5. — Nul n'est admis à prendre sa première inscription dans une Faculté ou dans une Ecole secondaire s'il n'est muni du diplôme de bachelier ès lettres

Pour y prendre sa cinquième inscription, il devra présenter son diplôme de bachelier ès sciences restreint.

Art. 6. — Les élèves qui, au moment de la promulgation de la présente loi, auront pris leur première inscription pour l'officiat dans une Faculté ou une Ecole de médecine, sont autorisés à les continuer dans les conditions actuelles et à prendre le diplôme d'officier de santé.

Ils seront admis à passer tous les examens pour le doctorat correspondant au nombre de leurs inscriptions, si, dans le délai de trois mois, à partir de la promulgation de cette loi, ils ont déclaré au secrétariat de la Faculté ou de l'Ecole de médecine leur résolution de poursuivre leurs études en vue du doctorat. Les diplômes de bachelier ès lettres et ès sciences restreint ne seront exigibles qu'au moment de soutenir la thèse.

Art. 7. — Les élèves, visés dans l'article précédent, qui auraient passé les cinq examens pour le doctorat, recevraient, sur leur demande, un diplôme d'officier de santé, portant mention des conditions dans lesquelles il a été délivré et donnant droit à l'exercice de la médecine sur tout le territoire de la République.

S'ils voulaient plus tard obtenir le titre de docteur, ils n'auraient qu'à produire les diplômes de bachelier ès lettres et ès sciences restreint et à subir la thèse.

TITRE III.

Exercice illégal. — Pénalités. — Incapacités.

Art. 8 — Exerce illégalement la médecine toute personne qui, sans être munie d'un diplôme régulier ou sans l'avoir fait enregistrer, prend part au traitement des affections médicales ou chirurgicales ainsi qu'à la pratique des accouchements, soit par des conseils habituels, soit par une direction suivie, soit par des manœuvres opératoires, application d'appareils ou délivrance de médicaments.

Exerce encore illégalement la médecine la personne qui, munie d'un diplôme régulier, sort des attributions qu'il lui confère.

Art. 9. — L'exercice illégal de la médecine est un délit justiciable des tribunaux de police correctionnelle.

Art. 10. — Le délit d'exercice de la médecine, avant l'enregistrement du diplôme, est puni d'une amende de 25 à 100 francs.

Le délit d'exercice illégal simple sera puni d'une amende de 100 à 500 francs.

La récidive sera punie de 500 à 1,000 francs d'amende et d'un emprisonnement de quinze jours à six mois.

Art. 11. — Si l'exercice illégal est accompagné de l'usurpation de titre, l'amende sera de 1,000 à 2,000 francs; en cas de récidive, à une amende double s'ajoutera un emprisonnement de six mois à un an.

Si l'usurpation du titre est le fait d'un médecin, celui-ci sera passible d'une amende de 500 à 1,000 francs.

La récidive sera punie d'une amende de 1,000 à 2,000 francs et d'un emprisonnement de six jours à six mois.

Il y a récidive lorsque, dans les cinq années antérieures, le prévenu a été condamné pour l'un des délits prévus par la présente loi.

venu a été condamné pour l'un des délits prévus par la présente loi.

En cas de conviction de plusieurs délits prévus par la présente loi, les peines ne pourront être cumulées, si ce n'est à raison de ceux de ces délits qui seraient postérieurs au premier acte de poursuite, sans que par suite de cumul l'emprisonnement puisse jamais dépasser le double.

L'art. 463 du Code pénal pourra être appliqué aux délits prévus par la présente loi, sans que toutefois l'exercice illégal de la médecine puisse être puni de peines inférieures aux peines correctionnelles.

Art. 16. — En cas de poursuite pour exercice illégal de la médecine en vertu des dispositions des § 3 et 4 de l'art. 14 ci-dessus, tout médecin payant patente dans le canton habité par le ou les malades traités par le délinquant, sera admis à faire valoir, contre ce dernier, ses droits à des dommages et intérêts.

Il pourra se porter partie civile, soit seul, soit de concert avec ses co-intéressés.

Art. 17. — Sont et demeurent abrogées les dispositions des lois du 10 mars 1803 (19 ventôse an XI) et du 11 avril de la même année (21 germinal an XI), qui seraient contraires à la présente loi.

Art. 12. — En cas de conviction de plusieurs des délits ci-dessus énoncés, les peines ne pourront être accumulées, si ce n'est à raison de ceux de ces délits qui seraient postérieurs au premier acte de poursuite, sans que, par suite de cumul, l'emprisonnement puisse jamais dépasser deux ans et l'amende 3,000 francs.

L'article 463 du Code pénal pourra être appliqué aux délits prévus.

Art. 13. — Sont déclarés incapables d'exercer la médecine :

1° Ceux qui auront été condamnés à des peines afflictives ou infamantes, à moins qu'elles n'aient été prononcées pour des crimes politiques ;

2° Ceux qui auront été condamnés à des peines correctionnelles pour crimes ou délits de vol, pour crimes de faux, pour délits d'escroquerie, pour crimes ou délits prévus par les articles 316, 317, 331, 332, 333, 334, 335 et 345 du Code pénal.

Les cours d'assises pourront déclarer incapables d'exercer la médecine ceux qu'elles condamneront à des peines correctionnelles pour des fait qualifiés crimes par la loi.

CORRESPONDANCE.

Nous recevons la lettre suivante, que nous nous faisons un devoir d'insérer.

Concarneau, le 28 avril 1884.

Monsieur le Rédacteur en chef,

En date du 22 avril, j'ai reçu de MM. J.-B. Baillière et fils une lettre contenant ce qui suit :

« Cher Monsieur, au moment où nous allons terminer la nouvelle édition du DICTIONNAIRE DE MÉDECINE, nous nous sommes présentés chez vous pour vous communiquer, par un motif de haute convenance que vous apprécierez, la préface des éditeurs.

« N'ayant pas eu le plaisir de vous rencontrer, nous prenons le parti de vous l'adresser par la poste en vous priant de vouloir bien nous renvoyer cette épreuve par le retour du courrier, avec vos observations s'il y a lieu. »

J'ai répondu ce qui suit à MM. Baillière :

« Concarneau, le 26 avril 1884.

« Messieurs,

« En rentrant d'excursion, je trouve votre lettre du 22 avril à laquelle je réponds : Je veux formellement que soient enlevées les deux lignes sur lesquelles je mets mon *deleatur* dans l'épreuve ci-contre de votre préface. Je tiens essentiellement à ce que mon nom ne soit pas dans la préface d'un livre que ni Littré ni moi n'avons revu. J'y tiens d'autant plus que ce que j'ai lu de ce Dictionnaire, en ce qui me concerne, résume comme étant mes idées nombre de vues auxquelles les faits m'ont conduit à substituer d'autres notions dans plusieurs mémoires et articles publiés depuis 1879, dans les examens et dans mon cours de Faculté. Dire que le livre sus-indiqué *contient un résumé exact et précis de mes idées* serait absolument contraire à la vérité. Je m'empresserai de le faire connaître au monde médical et scientifique par la publication de cette réponse, et dans le cas où vous ne suivriez pas les indications de ma volonté formelle.

« Je vous présente mes salutations,

C. ROBIN. »

Or, ce 26 avril, je reçois le numéro 17 (26 avril 1884) du JOURNAL GÉNÉRAL DE LA LIBRAIRIE, dans lequel je lis, page 770, les deux lignes dont j'ai demandé la suppression à MM. Baillière ; leur publication ayant paru avant que les observations sur elles, que ces messieurs me réclamaient, aient été reçues à Paris, je me vois amené à protester contre l'exactitude de ce que cette annonce a pour but de faire croire. Je le fais en publiant ma réponse à ces éditeurs, réponse rédigée et envoyée avant que j'aie pu connaître ce qu'ils avaient imprimé déjà.

Je vous serais fort reconnaissant, monsieur, si vous vouliez bien faire connaître ce qui précède à vos lecteurs et agréer l'assurance de mes sentiments très distingués.

Professeur CH. ROBIN.

NOTES & INFORMATIONS

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LA SEINE. — Cette Association a tenu, dimanche 27 avril 1884, son Assemblée générale annuelle, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Béclard.

M. le président a prononcé au début de la séance l'allocution suivante :

Messieurs,

Je laisse à notre secrétaire, M. Barth, le soin, dont il s'acquitte si bien, de vous rendre compte de la situation de notre œuvre, et de vous dire ce que nous avons fait pendant le cours de l'année qui vient de s'écouler.

Je voudrais seulement vous rappeler, et bien marquer, en quelques mots, le caractère de notre Association de prévoyance.

Certes, il ne manque pas de sociétés d'assurances qui comptent leurs membres participants par centaines de mille, et leurs capitaux par centaines de millions, ainsi qu'on en voit, par exemple, quelques-unes de l'autre côté de l'Atlantique. Nous pouvons, en nous adressant à elles, ménager à nous-mêmes, et aux êtres qui nous sont chers, à nos femmes et à nos enfants, un refuge certain contre les coups du sort. Il y a plus, nous pouvons même leur assurer ainsi une fortune. Mais, ces avantages, si désirables, et que tous ceux qui le peuvent auraient grand tort de laisser échapper, ces avantages sont en proportion des sacrifices que nous nous serons imposés durant les longues années d'une existence heureuse.

Parmi nous, Messieurs, rien de semblable. Avec l'offrande la plus modique, avec une cotisation annuelle de 20 francs, c'est-à-dire avec une épargne insignifiante de moins de 2 francs par mois, cette cotisation n'eût-elle été versée qu'un très petit nombre d'années, nous assurons à la souffrance, à la maladie, aux infortunes imméritées des membres de notre Association, une assistance efficace, et qui n'a souvent d'autre terme que celui de leur existence. Je me trompe : si notre infortuné confrère ne résiste pas à ces douloureuses épreuves, la famille de celui qui n'est plus devient la nôtre et notre œuvre d'assistance continue.

On dit, Messieurs, et on répète, que nous sommes incapables de

rien créer par notre initiative privée. Donnons un démenti à ces décourageantes paroles. Nous le pouvons facilement, et sans grand effort. Notre Association qui depuis plus de cinquante ans a déjà fait tant de bien, il dépend de nous de la rendre plus secourable encore. Que chaque membre de l'Association prenne avec sa conscience l'engagement d'amener un adhérent, un seul, à notre œuvre, dans le cours de la présente année. Que chacun de nous réclame, et conserve sur lui, une de ces lettres d'admission que M. le secrétaire tient à la disposition de tous. Il y aura lieu un jour ou une heure, où quelque confrère témoin des luttes cruelles que soutiennent contre la misère quelques-uns des déshérités de la profession, sera heureux d'y apposer sa signature et de se joindre à nous.

Il ne faut jamais l'oublier, dans quelque situation que nous soyons placé, l'action personnelle ne suffit à personne. Tous tant que nous sommes, et je pourrais citer ici de lamentables exemples, nous ignorons ce que l'avenir incertain nous réserve.

Unissons-nous donc, pour les autres, et pour nous-mêmes. Si nous ne devons jamais connaître les mauvais jours, ménageons nous du moins l'une des plus grandes jouissances que nous puissions goûter : le plaisir de consoler les autres.

M. Barth, secrétaire général adjoint, a donné lecture du rapport sur la situation de l'œuvre pendant le cours de l'année 1883.

Le mouvement de la caisse, pendant le dernier exercice, se traduit, en recettes, par une somme de 51,072 fr., et en dépenses par une somme de 50,237 fr. L'Association a distribué 29,850 fr. à six sociétaires et à trente-neuf veuves ou enfants de sociétaires, et 3,300 fr. à vingt-trois personnes qui lui sont étrangères. La Caisse des pensions viagères, de création toute récente, a été inaugurée par le service d'une pension de 500 fr.

On a procédé ensuite à l'élection des membres du bureau pour l'année 1884. Ont été élus : Président, M. Béclard ; vice-présidents, MM. Richet et Blanche ; secrétaire général, M. Louis Orfila.

— La Société des médecins inspecteurs des établissements scolaires de la ville de Paris. — Les médecins inspecteurs des écoles de Paris, à l'instar de leurs aînés, les médecins des bureaux de bienfaisance et les médecins de l'Etat civil, viennent de se grouper en une Société qui aura à s'occuper à la fois de questions d'hygiène scolaire et de questions d'intérêts professionnels. Nous applaudissons à l'initiative de nos confrères et souhaitons vie et prospérité à la jeune Société.

— Le Conseil municipal de Paris a voté récemment la construction, à l'asile des aliénés de Vaucluse, de baraquements pour les maladies épidémiques.

—Le service médical de nuit dans la ville de Paris, d'après la statistique de M. le docteur Passant, son fondateur, a fait dans le premier trimestre de cette année (du 1er janvier au 31 mars), 1,932 visites, au lieu de 1,865 qu'il avait faites dans le premier trimestre de 1883.

La moyenne des visites par nuit est de 21 1/4, soit un peu plus d'une visite par arrondissement.

Mais les vingt arrondissements de Paris sont très inégalement répartis sous ce rapport.

Parmi les arrondissements qui ont réclamé, dans le premier trimestre de 1884, le plus de visites de nuit, nous trouvons le 20e (221 visites), le 11e (209), le 13e (155), le 18e (153), le 19e (147), le 14e (138), le 17e (133). Parmi ceux qui en ont réclamé le moins, il faut signaler d'abord le 8e (28 visites), puis le 1er (38), le 2e (45), le 7e (52), le 6e (53), le 9e (54), le 16e (54).

Quant à la répartition du chiffre total, suivant l'âge et le sexe, on y trouve, pour 100 malades, 33 hommes, 53 femmes et 14 enfants au-dessous de trois ans.

Si nous recherchons, dans ces 1,932 visites de nuit, quelles ont été les principales maladies observées, nous y trouvons 80 cas de croup, 24 de hernie étranglée, 240 d'accouchement et délivrance, 43 d'hémorrhagies chez des femmes en couches, 71 d'hémorrhagies de diverses causes, 26 de convulsions, 29 d'épilepsie, 9 d'empoisonnements, 12 d'asphyxie par le charbon. Dans 57 cas, le malade était mort à l'arrivée du médecin.

Signalons enfin un cas, unique heureusement, d'une maladie de plus en plus rare, la rage.

— Congrès d'hygiène industrielle a Rouen. — A l'occasion de l'Exposition industrielle qui ouvrira à Rouen le 1er juin 1884 jusqu'au 30 septembre suivant, un congrès d'hygiène industrielle aura lieu dans cette ville les samedi 26 et dimanche 27 juillet, sous le patronage de la Société Industrielle, avec le concours du conseil central d'hygiène publique et de salubrité de la Seine-Inférieure et de la Société de Médecine de Rouen.

Le programme comprend :

§ I. — *Hygiène de l'ouvrier dans l'atelier* — Amélioration de l'atmosphère des ateliers. — Précautions à prendre contre les variations de température, d'humidité. — Moyens nouveaux pour empêcher les accidents résultant des machines industrielles ou des substances employées dans l'industrie. — Modifications apportées, dans un but hygiénique, à certains procédés de fabrication. — Précautions contre la propagation de certaines maladies contagieuses dues aux modes d'opération. — Insalubrité de certaines industries nouvelles. — Travail de jour et de nuit. — Vêtement pendant le travail. — Eclairage, hygiène de la vue.

§ II. — *Hygiène de l'ouvrier hors de l'atelier.* — Habitations ouvrières. — Education, instruction, enseignement. — Alimentation.

Membres du comité d'organisation. — Présidents d'honneur : M. Hendlé, préfet de la Seine-Inférieure ; M. Richard Waddington, manufacturier, député ;

Président : M. Leudet, docteur-médecin, directeur de l'école de médecine et de pharmacie ;

Vice-président : M. Cloüet, professeur de chimie à l'école de médecine et de pharmacie ;

Secrétaire général : M. Laurent, docteur médecin, médecin en chef à l'Hôtel-Dieu ;

Secrétaire-adjoint : M. Alphonse Hûe, docteur-médecin, chirurgien-adjoint des hôpitaux ;

MM. Lambard, Besselièvre, Jude Hue, Benner, Blaise, Cauchois, Gauran, Ksieder, Le Marchand, Tourneux, Weber.

Nota. — Prière aux personnes qui ont l'intention de coopérer au congrès, d'adresser *franco*, *avant le* 30 *juin*, à M. le secrétaire général du comité d'organisation du Congrès d'hygiène industrielle, rue Jeanne-Darc, 7, Rouen, leur adhésion et le titre du travail qu'elles désirent présenter au congrès.

- Les hygiénistes italiens doivent se réunir en congrès, à Turin, les 2, 3, 4 et 5 septembre. Outre les discussions qui auront lieu dans les deux séances de chaque journée, on visitera les hôpitaux et hospices, les maisons d'éducation, les établissements industriels. Un certain nombre de sujets d'étude ont été désignés : M. Carlo Zucchi traitera de l'*administration sanitaire en Italie*. — M. le professeur Alfonso Corradi est chargé d'un rapport sur *la législation des eaux minérales et des établissements balnéaires*. — MM. L. Pagliani et A. Rinaldo Anelli s'occuperont de l'*alimentation du peuple dans les villes et dans les campagnes*. — M. le docteur I. Nosotti traitera de la *possibilité de la transmission de la tuberculose des animaux à l'homme par le lait et la viande, et des moyens préventifs capables de s'opposer à ce danger*. — MM. le docteur G. Pini et l'architecte G. Giachi s'occuperont des *bâtiments scolaires*. — Enfin le professeur G. Sormani traitera de l'*inspection des écoles*.

— Dans son travail sur l'historique de la médication réfrigérante (Lyon médical), M. Bouveret a publié une lettre inédite de Réca-

mier des plus intéressantes. Cette lettre avait été écrite en 1811 par l'illustre médecin de l'Hôtel-Dieu, alors âgé de trente-cinq ans, et qui venait d'être atteint « d'une fièvre fort grave qui paraît avoir été une fièvre typhoïde. Il possédait déjà une grande expérience de la médication réfrigérante. Il réclama lui-même ce traitement par l'eau froide auquel il devait de si remarquables succès et, malgré la vive opposition des nombreux médecins qui l'entouraient, il se fit porter dans un bain froid. Ce bain décida de la marche ultérieure de la maladie. Récamier fut guéri. Convalescent, il fait part à un parent de ses impressions de malade. »

R. F. D.

NOUVELLES

AVIS

MM. les actionnaires de la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS *sont informés qu'une Assemblée générale extraordinaire se réunira au siège social, le samedi 17 mai à 5 heures. Le présent avis tiendra lieu de lettre de convocation.*

***

NÉCROLOGIE. — Les journaux russes ont annoncé dernièrement la mort de M. le docteur Jean Kabath, médecin particulier de l'empereur de Russie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Lalanne, député de la Gironde.

***

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Les élections des membres de ce Conseil ont eu pour résultat, en ce qui concerne les Facultés de médecine, la nomination de M. Béclard, doyen de la Faculté de Paris, et de M. Tourdes, doyen de la Faculté de Nancy.

***

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Par arrêté du 23 avril et sur la proposition de l'Académie de médecine, le ministre du commerce vient de décerner les récompenses suivantes aux personnes qui se sont distinguées par leurs travaux spéciaux sur les épidémies pendant l'année 1882 :

Médaille d'or. — M. le docteur Manouvriez (de Valenciennes).

Rappels de médaille d'or. — MM. les docteurs Mignot (de Chantelle, Allier); Paris (de Versailles), et Pilat (de Lille).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Barbarin (de Briançon), Bardy (de Belfort), Castang, médecin en chef (épidémie de choléra de 1882 dans la Cochinchine), Chassagne, médecin-major de première classe (Tunisie), Decool (d'Hazebrouck), Dionis (des Carrières), Ficbot (de Nevers), Jablonski (de Poitiers), Pujos (d'Auch), Vauthier (de Troyes).

Rappels de médaille d'argent. — MM. les docteurs Eude, médecin-major, Geschwind, médecin-major de premiére classe, Grollemund (de Sain-Dié), Lardier (de Rambervillers, Vosges), Mauricet (de Vannes), Pennetier (de Rouen), Pestel (de Saint-Chartier), Ripoll (de Toulouse), Sorel, médecin-major de premièie classe, Villard (de Guéret).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Blanc fils (d'Abbeville), Brehier (de Dinan), Cabanié, médecin-major de deuxième classe, Cagny, médecin-vétérinaire (de Senlis), Caradec fils (de Brest), Cavaillon (de Carpentras), Challan de Belval, médecin-major de première classe, Dussaud (de Nimes), Legarrec (de Plouay, Morbihan), Gally (de Bar-le-Duc), Grellet (de Ménat, Puy-de-Dôme), Heulhard-Darcy (de Clamecy), Moty, médecin-major, Stutel (de Saint-Dié).

— Par arrêté du 23 avril et sur la proposition de l'Académie de médecine, le ministre du commerce vient de décerner les récompenses suivantes aux personnes ci-après désignées, qui se sont le plus particulièrement distinguées par leurs travaux sur le service des eaux minérales pendant l'année 1881 :

Médaille d'or. — M. Edmond Wilm, professeur à la Faculté des sciences de Lille.

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Coignard, médecin-inspecteur des eaux de Cusset (Allier); Collin, médecin-inspecteur des eaux de Saint-Honoré (Nièvre); Dupourqué, médecin-inspecteur des eaux de Salies-de-Béarn.

Rappels de médailles d'argent. — MM. les docteurs Bouyer, médecin-inspecteur des eaux de Cauterets; Laissus, médecin-inspecteur des eaux de Salins (Savoie); Philbert, médecin-inspecteur des eaux de Brides (Savoie).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Lafosse, médecin-inspecteur des eaux de Vals (Ardèche); Habboux, médecin-major à l'hôpital thermal de Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne).

Rappel de médaille de bronze. — M. le docteur Soulignoux (de Vichy).

***

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — Par décret, en date du 27 avril 1884, rendu sur le rapport du vice-amiral ministre de la marine et des colonies, M. Ely (Jean-Louis-Marie), médecin de première classe, est promu au grade de médecin principal.

***

ASSISTANCE PUBLIQUE. — Un concours pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux et hospices civils de Paris s'ouvrira le mercredi 21 mai 1884, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu. Le registre d'inscription des candidats, ouvert le 21 avril 1884 au secrétariat de l'administration de l'assistance publique, sera clos définitivement le lundi 5 mai, à trois heures

— Le concours pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux de Paris vient de se terminer par la nomination de M. Champetier de Ribes.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Des concours pour cinq places de chefs de clinique seront ouverts aux dates et dans l'ordre ci-après indiqués :

1o Pour deux places de chef de clinique médicale, le lundi 7 juillet 1884;

2o Pour deux places de chef de clinique chirurgicale, le jeudi 10 juillet 1884;

3o Pour une place de chef de clinique obstétricale, le mardi 15 juillet 1884.

***

— M. Chatin, professeur de botanique à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, membre de l'Académie des sciences, fera une herborisation publique le dimanche 4 mai, dans les bois du Vésinet.

Le départ s'effectuera de la gare Saint-Lazare, à onze heures et demie, pour la station de Chatou.

***

HÔPITAL DES ENFANTS. — Le docteur Jules Simon a repris ses conférences de thérapeutique infantile le mercredi 23 avril, à neuf heures. Il les continuera les mercredis suivants à la même heure. Le samedi, consultation clinique.

HÔPITAL BICHAT. — M. le docteur Henri Huchard a repris ses leçons cliniques le dimanche 20 avril, à dix heures, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure. M. Huchard s'occupera tout d'abord *de l'étude clinique et du traitement des*

asystolies; des indications et contre-indications de la digitale dans les maladies du cœur, des insuffisances fonctionnelles des calculs, etc.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. le docteur E. Guibout reprendra ses conférences cliniques sur les maladies de la peau le mercredi 23 avril 1884, à huit heures et demie du matin, et les continuera les lundis et mercredis suivants, à la même heure (salle Bichat).

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 18 AU JEUDI 24 AVRIL 1884.

Fièvre typhoïde 39. — Variole 1. — Rougeole 38. — Scarlatine 4. — Coqueluche 7. — Dipthérie, croup 57 — Dysentérie 0. — Erysipèle 5. — Infections puerpérales 12 — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 61. — Phthisie pulmonaire 262. — Autres tuberculoses 26. — Autres affections générales 67. — Malformation et débilité des âges extrêmes 65. — Bronchite aiguë 43. — Pneumonie 112. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 49, — au sein et mixte 19. — Inconnu 5. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 100. — de l'appareil circulatoire 76. — de l'appareil respiratoire 91. — de l'appareil digestif 56 — de l'appareil génito-urinaire 30. — de la peau et du tissu lamineux 7. — des os, articulations et muscles 14. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 46. — Causes non classées 5. — Total de la semaine: 1297 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

ESTUDIOS CLINICOS DE NEUROPATOLOGIA, por José Armangué y Caset, docteur médecin destiné à la clinique de la Faculté de médecine de Barcelone, 1 volume in-8 broché de 250 pages. — Imprimerie typographique de Ramirez y Cª, à Barcelone.

DE LA VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DU TAXIS ABDOMINAL DANS L'ÉTRANGLEMENT INTERNE, par le docteur Henri Henrot, professeur à l'Ecole de médecine de Reims. — Imprimerie et lithographie Matot-Braine, à Reims.

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE, par le docteur H. Hallopeau, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, 1 vol in-8 de VIII-724 pages avec 126 figures. — Prix : 11 francs. — Librairie J.-B. Baillière, 9, rue Hautefeuille.

TRAITÉ DES FIÈVRES PALUSTRES, avec la description des microbes du paludisme, par A. Laveran, médecin-major de première classe, professeur agrégé à l'Ecole de médecine militaire au Val-de-Grâce. 1 beau volume in-8 de 550 pages avec figures dans le texte. — Prix : 10 fr. — Librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon, Paris.

DU RÔLE DES ENTOZOAIRES ET EN PARTICULIER DES ANKYLOSTOMES DANS LA PATHOLOGIE DES MINEURS, par le docteur P. Fabre, médecin des forges de Commentry. Brochure in-8. — Prix : 2 fr. — Paris, librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

55e année. 7e série. Tome Ier. N° 19 10 MAI 1884

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;
Membres : MM. les Drs **J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN**;
Secrétaire : M. le Dr **E. RICKLIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.**

CLINIQUE MÉDICALE

LA NÉPHRITE CONGESTIVE AIGUË INFECTIEUSE, conférence de M. le professeur RENAUT à l'hôpital de la Croix-Rousse de Lyon. (Recueillie par M. LECLERC, interne du service.)

Suite et fin. — Voir les numéros 17 et 18.

Messieurs, si nous appliquons à nos deux malades les notions acquises par l'étude comparative des deux néphrites si nettement distinctes l'une de l'autre, satellites de la dothiénentérie et de la scarlatine, nous reconnaissons de prime abord que chez elles la physionomie et la marche de l'inflammation rénale reproduisent les traits principaux des néphrites scarlatineuses : début brusque, conrte durée, œdème concomitant, urines dépourvues de cylindres et chargées des éléments du sang. Tout porte donc à croire que nous avons eu affaire à des néphrites infectieuses toutes les deux, et répondant toutes les deux aussi au type congestif, à l'œdème inflammatoire aigu du parenchyme rénal.

Les néphrites secondaires que je connais peuvent d'ailleurs être divisées en deux groupes. Les unes viennent se ranger à côté de la néphrite typhoïde, comme celle de la diphthérie; les autres, à peu près régulièrement accompagnées d'anasarque et d'nrines chargées de sang, doivent être rapprochées de la néphrite scarlatineuse. Telle est, par exemple, la néphrite qui survient et qni tue trop souvent *dans le décours* de la variole. Or j'ai pu constater positivement que cette néphrite varioleuse du déclin est une *néphrite congestive hémorrhagique*. Seulement, comme chaque mode d'infection entraîne des différences dans la conformation des lésions, si l'on peut ainsi parler, l'œdème congestif inflammatoire de la néphrite varioleuse n'est pas diffus comme dans la scarlatinense; il est disséminé dans le rein par îlots, comme la congestion inflammatoire qui conduit dans la peau à la lésion pustuleuse. Je fais ici d'ailleurs cette remarque pour vous bien spécifier, Messieurs, que je n'entends pas déclarer ici que, du fait qu'une néphrite aiguë donnée répond, par ses caractères généraux, plutôt au type congestif ou plus particulièrement au type dégénératif, il s'ensuive pour celà que les altérations anatomiques soient en tout semblables dans le premier cas à celles réalisées par la néphrite scarlatineuse; dans le second, à celles présentées par la néphrite de la fièvre typhoïde. Autant vaudrait dire que, s'accompagnant tous deux d'une inflammation congestive œdémateuse du tégument, l'érysipèle et la brûlure sont des affections identiques.

En réalité, Messieurs, les néphrites que nous venons d'étudier sont du même type général que les néphrites scarlatineuse et varioleuse, mais elles ne les reproduisent probablement exactement ni l'une ni l'autre, tant dans l'ordre des lésions anatomiques que dans celui des symptômes. En les rapprochant de deux affections du rein déjà bien connues, je n'ai voulu faire qu'une chose : étendre à vos yeux le cadre des néphrites congestives et poser pour ainsi dire le problème

FEUILLETON

REVUE MÉDICO-LITTÉRAIRE.

Suite. — Voir le numéro 8.

Que de médecins ont essayé de rédiger un formulaire des devoirs qui incombent aux membres de notre profession, depuis Hippocrate jusqu'à Munaret, en passant par Argenterio et Amatus Lusitanus, par Gabriel Naudé qui, en 1635, publiait une dissertation sur cette question : Est-il permis à un médecin de tromper les malades (*an liceat medico fallere ægrotum?*) par Cruveilhier, Schützenberger et tant d'autres ! Et cependant le livre de M. Dechambre : *Le médecin, devoirs privés et publics* (1), est loin d'être une superfétation. C'est, en même temps que l'exposé de nos devoirs, le recueil de nos droits. Car M. Dechambre a voulu faire à la fois un traité de déontologie et un traité de ce qu'il propose d'appeler *dicéologie*. Et il nous paraît avoir réussi à faire une œuvre des plus remarquables.

Le livre est divisé en deux parties : la première est consacrée au médecin privé, indépendant, considéré d'abord en lui-même, puis dans ses rapports avec ses clients, et enfin dans ses rapports avec ses confrères.

Bien des questions intéressantes, d'un intérêt constant et éternel, se posent à propos des qualités qui conviennent au médecin ! les qualités physiques, l'âge, la tenue, l'état de célibat ou de mariage, tout cela peut avoir chez le médecin la plus haute importance. M. Dechambre aborde même à cette occasion la question du sexe et ne craint pas, tout en voulant permettre aux femmes l'accès des connaissances scientifiques les plus étendues, de considérer comme peu désirable et même comme dangereux l'exercice de la profession médicale par les femmes, en dehors de quelques cas exceptionnels.

Mais laissons parler l'auteur :

(1) Paris, G. Masson, éditeur, 1883. 1 vol. in-18 de 567 pages, cartonné à l'anglaise.

de l'étude de ces formes prises en dehors des quelques cas particuliers où leur existence a été jusqu'ici déterminée. J'ai voulu aussi vous bien montrer que, outre les néphrites satellites de la scarlatine et de la variole, il existe des phlegmasies rénales du même mode général, et caractérisées elles aussi par l'évolution rapide, la disparition brusque, les phénomènes congestifs dominants, qui font de ces inflammations des accidents éminemment transitoires, mobiles pour ainsi dire à la façon de la détermination d'un érythème papuleux on d'un érysipèle sur le tégument.

Sans doute de pareilles néphrites, respectant en thèse générale les épithéliums sécrétoires du rein, devaient être séparées très nettement des formes dégénératives qui n'ont ni la même localisation anatomique, ni les mêmes réactions sur l'organisme, ni enfin la même évolution; mais il ne faudrait pas non plus aller trop loin dans ce sens. De même qu'il est aujourd'hui démontré que toute néphrite chronique, symptomatique du mal de Bright, est *mixte*, c'est-à-dire caractérisée à la fois par des lésions parenchymateuses et interstitielles mélangées, de même on peut dire que dans toute inflammation dégénérative du rein il existe un certain degré de congestion inflammatoire satellite, créant l'œdème dans les espaces interorganiques, et que dans toute néphrite congestive, de place en place les épithéliums, dont le milieu intérieur nutritif a subi, par le fait de l'œdème aigu, de profondes modifications, éprouvent des altérations qui peuvent les faire dégénérer et mourir. Mais ce qui fait le type de la réaction rénale, ce n'est pas la lésion accessoire, c'est celle qui domine, absolument comme dans le rein de Bright.

Toutes les fois qu'il existera dans le rein une inflammation interstitielle, caractérisée par l'œdème inflammatoire dominant, la néphrite sera du type congestif et prendra les allures générales particulières à ce type; chaque mode d'infection particulier donnant d'ailleurs à la néphrite qu'il engendre un cachet de détail qui lui est propre. De même que la corde d'un violon émet la même note de la gamme, mais avec un timbre différent, suivant qu'on la pince, qu'on la frappe du doigt ou qu'on l'attaque avec un archet, de même un rein touché par la scarlatine, la variole, le poison de l'angioleucite ou le contage encore indéterminé dont nous avons saisi l'existence chez l'une de nos malades, réagira par une néphrite aiguë du mode congestif, ayant à la fois les caractères généraux du genre, mais aussi certaines particularités qui n'appartiennent qu'à elle.

Messieurs, les accidents redoutables qui peuvent se développer pendant la courte durée d'une néphrite congestive aiguë ne sont pas les seuls auxquels le malade soit exposé. L'œdème inflammatoire aigu du rein, comme partout ailleurs, pour fugace qu'il soit, *peut* et même *doit* laisser des traces. Vous savez ce qui se passe dans l'érysipèle; il s'efface, mais laisse dans le tégument une induration subinflammatoire qui dure souvent longtemps. Et si l'érysipèle se reproduit plusieurs fois, il devient l'origine d'une dermite chronique. C'est ainsi, pour le dire en passant, que s'établit, à la suite d'érysipèles répétés, l'éléphantiasis des Arabes; le fait est trop connu et trop banal pour que j'insiste davantage sur ce sujet. C'est qu'en effet, messieurs, l'œdème congestif, suivant une loi que je crois avoir concouru à établir, met partout où il se produit les inflammations interstitielles ou en instance ou en train; et si elles trouvent dans le sujet un terrain favorable à leur développement ultérieur, elles poursuivent ce développement et créent à terme des cirrhoses. Telle est l'origine aujourd'hui parfaitement avérée du mal de Bright chronique consécutif à la scarlatine; tel est aussi le danger, et à peu près le seul, que coure maintenant notre malade du no 45.

Elle est aujourd'hui guérie parfaitement, en apparence, de sa néphrite congestive aiguë, mais elle est un peu alcoolique, prématurément athéromateuse, et elle reste polyurique avec des urines de faible densité, qui virent au rouge pourpre sous l'influence de l'acide nitrique comme celles des malades affectés de néphrite chronique atrophique, et ne renferment qu'une quantité d'urée tout à fait insuffisante, 10 à 15 grammes pour vingt-quatre heures. Il est donc resté chez cette femme, à la suite d'une affection rénale tout épisodique malgré sa gravité, des lésions interstitielles en voie d'évolution dans le rein. Ces lésions disparaîtront-elles? Continueront-elles au contraire à se développer? C'est là ce que l'avenir seul peut nous apprendre; aussi essayerons-nous de suivre la malade et, à sa sortie, l'engagerons-nous à venir fréquemment faire examiner son état et surtout ses urines à l'hôpital (1).

(1) La malade du numéro 45 s'est représentée à nous le 12 avril. Elle est toujours polyurique, ses urines ne pèsent que 1009 et il

« Je ne mets pas ici en cause la capacité, dit M. Dechambre. Plus d'une femme a déjà prouvé que son sexe peut n'être pas au-dessous des grandes difficultés du noviciat scientifique de la médecine; mais je persiste à penser que, pour plus d'une raison, une grande partie du domaine professionnel restera toujours fermé, ou à peu près, à la doctoresse. De ces raisons, il en est qu'on n'a guère besoin d'indiquer et qui, à les bien prendre, sont un hommage rendu à la délicatesse du sentiment féminin. C'est cette distinction séculairement et universellement établie entre l'homme et la femme quant à la pudicité, cette chose indéfinissable que les artistes ne se sont jamais avisés de représenter sous des traits masculins; c'est cette distinction écrite dans tous les usages des sociétés civilisées qui fait que, devant certaines affections de l'un et de l'autre sexe, il n'y a point parité entre la doctoresse et le docteur. Oserai-je ajouter que, dans l'état où la pratique de l'art oblige si souvent à mettre les malades, les excitations de la chair auxquelles pourraient exposer la vue et le contact d'un médecin d'un autre sexe seraient plus fâcheuses et intempestives chez un homme aux mains d'une doctoresse que chez une femme aux mains d'un docteur? »

M. Dechambre s'occupe ensuite des qualités intellectuelles, littéraires, scientifiques, et des qualités morales que doit posséder le médecin, avant d'aborder les multiples et souvent délicates questions qui concernent notre conduite vis-à-vis des clients; discrétion, secret professionnel, dévouement, prudence, certificats, honoraires, etc., etc.

Enfin cette première partie se termine par l'examen des relations du médecin avec ses confrères. C'est ici que le tact et le jugement de l'auteur s'étalent à toutes les pages.

La deuxième partie, qui est faite en collaboration avec le docteur A.-J. Martin, traite du médecin dans l'exercice des fonctions publiques. En face de l'extension tous les jours plus grande que prend la médecine publique, en face de cette tendance des gouvernements à faire de nous de vrais fonctionnaires et de cette appétence de bon nombre de médecins à vouloir acquérir l'estampille officielle, l'utilité de cette section de l'ouvrage de M. Dechambre devient capitale. Il semble que nos confrères oublient trop facilement combien on perd en indépendance en sollicitant d'être chargés de services peu ou point rétribués, services qui devraient, dans l'intérêt de notre dignité, nous être demandés.

Le livre de M. Dechambre sera pour longtemps le code profes-

Vous le voyez, messieurs, en dehors de la néphrite scarlatineuse et de la varioleuse, caractérisées par l'œdème inflammatoire aigu du rein, il existe des néphrites d'ordre similaire que nous ne faisons que commencer à connaître et qui, infectieuses comme les deux premières, deviennent comme elles l'origine d'une série de réactions analogues de la part du parenchyme rénal. Voilà le point principal qui ressort de l'étude que nous venons de faire. Accessoirement, je suis heureux de vous faire remarquer qu'appliquée aux formes hyperpyrétiques des néphrites congestives, la méthode des bains froids pare rapidement aux dangers de la fièvre et, loin d'exagérer la néphrite, a paru entre nos mains concourir puissamment à hâter sans accident son évolution naturelle. La même observation pourrait d'ailleurs être faite à propos de la néphrite typhoïde, bien que cette néphrite soit d'un type tout autre. Car, depuis un an que j'ai l'honneur de donner mes soins aux malades de cet hôpital, où la fièvre typhoïde est si fréquente et où elle est traitée exclusivement par les bains froids, je n'ai pu me procurer qu'il y a trois jours un rein de dothiénentérique pour faire sur la néphrite typhoïde quelques recherches anatomiques complémentaires. La raison est que nos malades, fort heureusement pour eux et pour nous, ne succombent plus que tout à fait exceptionnellement à la dothiénentérie, je dirais presque à la néphrite dothiénentérique: car vous n'ignorez pas quelle part j'attribue à la complication rénale dans toute typhoïde terminée par la mort, puisque dans ce cas la néphrite dégénérative, intense et diffuse, ne m'a paru jusqu'ici manquer jamais.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE PAR LE SEIGLE ERGOTÉ, par le docteur Amédée CHASSAGNE, médecin major de 1re classe.

Suite. — Voir les numéros 16 et 17.

OBSERVATION XII. — Lefèvre (Justin), sergent au 26e de ligne, entre le 6 décembre, malade depuis quatre jours. Le soir de son entrée, 40,5; insomnie opiniâtre, rêvasseries, douleurs vives de l'abdomen sans pression. Epistaxis le 6 et le 7; le seigle ergoté n'est toléré qu'à l'aide du bicarbonate de sonde et après plusieurs vomissements; la température demeure élevée avec faibles rémissions Le 14 décembre, hémorrhagie intestinale qui se reproduit le 15 et est arrêtée par des lavements de seigle ergoté; amélioration jusqu'au 24 décembre où la langue se sèche, se fendille; la soif et la pyrexie redoublent avec ascension thermique. Le 26 et le 27, délire agité, tentatives de se lever la nuit, selle involontaire, quatre épistaxis; en ces deux jours, 40,5; le 25, le délire continue, malgré draps mouillés, vésicatoire à la nuque et lavement de musc; le soir, 40,8; le 29, 40,7, coma. Céphalalgie, mort (fin du quatrième septenaire).

Nous ne transcrirons pas l'autopsie qui fit reconnaître l'ulcération de huit et l'hyperplasie de dix-sept plaques de Peyer.

OBSERVATION XIII. — Myotte (Joseph), 69e de ligne, entré à l'hôpital le 4 décembre, malade depuis trois jours. Insomnie, céphalalgie violente, rêvasseries, douleurs abdominales même sans pression; 40 T. maxima; le quatrième jour, 40,6; le dixième jour, complication d'hyperémie bronchique et d'hypostase des deux bases pulmonaires; en même temps, deux épistaxis abondants (39,9 avec rémission matinale seulement de 2 ou 3 dixièmes). Délire le onzième jour, parésie de déglutition. La température demeure en plateau de 39 à 40,6 pendant 24 jours; ce n'est que le 25e que la défervesce s'achemine lentement vers 37, qui est atteint le trente et unième jour. Ce cas est caractérisé par la durée du plateau, l'anémie et la leucocytose persistantes.

Durée de l'alitement absolu, 35 jours; de l'hospitalisation, 44 jours; de l'affection, 47 jours.

OBSERVATION XIV. — Boem, caporal au 69e de ligne, entre à l'hôpital le 8 décembre, malade depuis 4 jours. T. 40,4.

Céphalalgie péricranienne diffuse, insomnie, rêvasseries. Le 10 et le 11, la température atteint son maximum, 40,5; délire agité; le malade s'échappe du lit à plusieurs reprises, heureusement sans accident. Le matin du 12, le délire persiste; deux selles involontaires; l'ergot de seigle est porté de 2 à 3 grammes.

Le 13, un peu d'amélioration: le délire est devenu tranquille; le 14 au soir, 40,3; l'ergot, bien toléré jusque-là, amène le 15 et

existe un nuage à peine appréciable d'albumine Conformément à nos prévisions, la néphrite aiguë a donc laissé dans le rein de légères lésions et introduit un processus également très léger de néphrite interstitielle chronique. La malade a été mise de suite en conséquence au régime lacté. Le 25 avril elle a de nouveau fait examiner ses urines; l'albumine a entièrement disparu, l'urée est revenue au chiffre à peu près normal et il ne reste que de la polyurie. La néphrite interstitielle légère consécutive à l'affection rénale aiguë semble donc en cours d'effacement.

sionnel du médecin. On ne saurait trop le méditer, s'en inspirer et surtout en observer les principes.

Pour relever la fadeur de mes compliments, me sera-t-il permis de faire non pas une critique, mais une simple observation? Pourquoi, dans l'index bibliographique qui termine sa première partie, M. Dechambre a-t-il négligé de mentionner quelques livres qui ne manquent pas de valeur, tels que celui du docteur Monin, *le Bréviaire du médecin* (1) et celui du docteur E. Combes (Frank de Sombec), intitulé: *De l'état actuel de la médecine et des médecins en France* (2)?

***

Voici déjà plus d'un an et demi qu'a paru une nouvelle *édition* du livre de F. Hœfer: *l'Homme devant ses œuvres* (3). En disant nouvelle *édition*, j'exagère. Je croyais en effet que c'était là une nouvelle édition. Mais en ouvrant le volume je me suis aperçu que ce n'était même pas une réimpression. C'est tout simplement le reste de l'édition primitive que l'on a brochée à nouveau en recomposant le titre et en ajoutant en tête du volume une préface de M. Camille Flammarion. La préface devait seule attirer mon attention; j'en ai abordé la lecture avec empressement, m'attendant à y trouver quelque renseignement inédit (que les premières lignes semblaient promettre) sur Hœfer, un auteur des plus féconds et des plus originaux, à qui j'ai consacré une notice assez détaillée ici même (1).

Quelle n'a pas été ma surprise en m'apercevant que cette préface ne contenait rien, absolument rien de neuf! M. Camille Flammarion, qui est familier avec les astres, ayant découvert dans le ciel de mes *Etoiles doubles* la biographie de Hœfer, a fait à ma prose l'honneur, je ne dirai pas de la copier (non, cela ne serait pas tout à fait exact, car l'ordre des phrases est souvent interverti; mais de la reproduire sans en indiquer l'origine. J'en suis fier assurément; cependant, à la place de M.

(1) Paris, 2e édition, 1869, in-18.
(2) Paris, 1869, 1 vol. in-18.
(3) 1 vol. in-18, *avec une préface de Camille Flammarion*. Paris, C. Marpon et E. Flammarion, éditeurs 1882.

(1) V. la GAZETTE MÉDICALE, 17 déc. 1881.

jours suivants un vomissement et des nausées qui cèdent à l'association du bicarbonate de soude. Le malade reprend connaissance le 15, mais la défervescence ne s'établit que le 22. L'ergot de seigle ayant été suspendu, le délire reparait dans la nuit du 27. Le médicament est repris. C'est peut-être par simple coïncidence, mais l'amélioration se reproduit. Temp. en plateau de 39 à 40,5, 14 jours; défervescence très lente, 16 jours; retour à 37 le trentième jour. Particularité à noter chez ce malade : difficulté d'alimentation pour cause de douleurs persistantes dans la fosse iliaque droite à la moindre augmentation de régime (plaques encore ulcérées); aussi l'alitement absolu est de 41 jours; l'hospitalisation, de 56 jours.

Observation XV. — Dubois (Auguste), 69e de ligne, entre le 6 décembre, malade depuis dix jours (employé au magasin d'habillement, cet homme refusait aussi l'hospitalisation pour ne pas perdre sa place).

A l'entrée, prostration, 40,4. Dubois n'accuse aucune douleur et reste dans une indifférence somnolente. Cet état persiste jusqu'au 2 janvier, où se manifeste du délire tranquille; la température se maintient en plateau sans réascension; les selles demeurent volontaires. Le 6, un épistaxis; après un plateau de 11 jours, une défervescence rapide ramène la température à 37 en 3 jours; elle s'y maintient et descend même à 36,4 pendant 15 jours. Le malade est toujours très faible, adynamié, ne peut se lever, lorsqu'une réascension brusque se manifeste le 24 à 38, le 25 à 39,2, pour atteindre 39,7 les jours suivants. Le pouls accuse 96; il est petit. Il y a des rêvasseries continues, mais le malade interrogé donne invariablement la réponse adynamique : « Je ne souffre de rien. »

Après un second plateau de 11 jours, la défervescence s'établit et le retour définitif de 37 a lieu le 42e jour.

Ce cas est caractérisé par la lenteur de réparation, la température de convalescence au-dessous de 37, la faiblesse prolongée des membres inférieurs. Durée de l'alitement 44 jours, de l'hospitalisation 61 jours, de l'affection 71 jours.

Les cas très graves ont donc été au nombre de 15. Pour les classer, nous nous sommes basés, ainsi qu'il a été dit, sur :

1o La température maxima, qui a été en moyenne de *40,4;*

2o La durée de la température en plateau moyenne, *19 jours;*

3o Le retour à 37, qui s'est produit en moyenne le *33e jour;*

4o La durée de l'alitement absolu (à notre avis une des meilleures bases d'appréciation) moyenne, *37 jours.*

5o La durée de l'hospitalisation moyenne, *48 jours.*

C'est à l'aide de ces éléments de jauge procédant d'instruments et de dates échappant même à la partialité involontaire d'appréciation, par conséquent aussi rapprochés que possible, dans une science d'observation, de la méthode des sciences exactes, que nous avons également dressé les tableaux ci-dessous de cas graves, moyens et abortifs.

(Voir les tableaux pages 221 et 222).

Après cet exposé des cas de contrôle facile (1) et sur lequel nous nous sommes étendu un peu longuement peut-être, mais pour démontrer :

1o Que nous ne pensons pas avoir eu affaire à une série heureuse;

2o Que la division des cas n'est pas arbitraire, mais repose sur des éléments fixes d'appréciation différentielle ; il nous reste à dire bien haut que nous nous sommes gardé, avec l'ergot de seigle, de nous priver des adjuvants usuels d'hygiène et de thérapeutique.

1o Salles aérées, ouvertes d'un côté seulement (pour éviter les courants d'air) de façon constante nuit et jour, de manière à ne pas du tout sentir (comme en Angleterre) « l'odeur du malade ». Il ne nous a pas paru y avoir eu de ce chef de ventilation surveillée (même en hiver) plus de complications thoraciques que d'habitude.

2o Deux lits par malade; changement de lit matin et soir; désinfection phéniquée des selles, crachoirs, vases de nuit; aspersions phéniquées autour du lit, lotions froides.

3o Alimentation constante et obligée, désinfection fréquente de la bouche par des gargarismes boratés et aromatisés, thé alcoolisé en tisane, badigeonnages d'iode fréquents contre l'hypostase pulmonaire; (ils nous ont paru suffire sans antimoniaux quelconques, qui nous semblent d'une hyposthénisation dangereuse) vésicatoires à la nuque, lavements de musc contre l'ataxie; enfin lavements phéniqués quotidiens, sauf le cas d'hyperémie diarrhéique.

Nous entendons objecter : mais ces moyens suffisent excellemment pour guérir et mettent hors de cause l'ergot de seigle.

La réponse est facile. Dans le service près de nous (1re division des fiévreux), recevant les mêmes malades (chaque service a reçu alternativement de deux jours l'un, pendant toute l'épidémie, des hommes de même caserne, même régiment, mêmes armes, par conséquent d'égale fatigue et de conditions de constitution et d'hygiène aussi adéquates et comparables

(1) Voir les divers registres d'entrée de l'hôpital et des corps de troupe cités ci-dessus.

Camille Flammarion, je me serais cru obligé de citer la Gazette médicale, ne serait-ce que dans une petite note. Mais un astronome qui vit dans les astres n'a pas les petits scrupules de nous autres vulgaires terriens. Est-ce que du haut de telle ou telle planète on aperçoit les petites barrieres, les haies, les fossés ou les palissades qui marquent la séparation des propriétés sur notre modeste globe? Pour ma part, lorsque j'ai emprunté dans ma notice une page à Isidore Bourdon ou deux lignes à M. André de Bellecombe, je m'étais empressé de signaler mes emprunts. Mais moi Albertus je ne suis pas astronome. M. Flammarion, un astronome, n'est pas tenu à de semblables exigences. Il reproduit bien les passages d'Isidore Bourdon ou ceux de M. de Bellecombe que j'ai reproduits moi-même, mais il se garde bien de gêner la marche des lecteurs de sa préface par des indications bibliographiques, ni d'encombrer de notes que sentiraient le pédant le bas des pages.

Dans l'impossibilité où je suis de critiquer la notice sur Hœfer mise en tête de l'*Homme devant ses œuvres* (1) (on est mauvais juge en sa propre cause), je me contenterai donc de remercier M. Camille Flammarion de l'honneur qu'il a bien voulu me faire. Mais il est entendu que je ne parle que pour moi. Feu Isidore Bourdon protesterait peut-être de voir une de ses pages signée d'un autre nom. Cela ne me regarde pas. Quant à moi, je me rengorge.

(A suivre.)

Dr Albertus.

(1) Dans les vingt pages que remplit la notice sur Ferdinand Hœfer, il y en a cependant deux ou peut-être trois dont le signataire pourrait revendiquer la paternité.

Hôpital de Lourcine. — M. le docteur Martineau reprendra son cours clinique de gynécologie et de syphiligraphie le mercredi 14 mai, à neuf heures, et le continuera les mercredis suivants à la même heure.

Maladies des femmes. — Clinique publique et gratuite, 19, rue du Jour (aux Halles). M. le docteur Apostoli commencera ses conférences cliniques avec exercices pratiques le samedi 10 mai à trois heures pour les continuer les samedis suivants à la même heure.

Cas graves (22).

NOMS ET RÉGIMENTS	Température maxima	Durée de la T. en plateau de 38° au maximum	Retour à 37°	Durée de l'alitement absolu	Durée de l'hospitalisation	OBSERVATIONS
10e hussards						
Gouvenet, Louis	39.9	18 jours	30e jour	31 jours	48 jours	Grande lenteur de convalescence.
Tresse, Victor	40.4	19 —	27 —	30 —	43 —	
Deguin, Jean	40.4	15 —	20 —	22 —	33 —	Cas qui a été un moment très grave, lysis rapide.
Tassin, Jean	39 8	18 —	24 —	27 —	35 —	
Ruffien	40.3	14 —	19 —	22 —	39 —	Complications thoraciques.
Petit, Emile	40 3	13 —	23 —	25 —	36 —	
26e de ligne						
Delamotte, (sergent)	40.4	12 —	21 —	24 —	36 —	Forme adynamique. grande prostration.
Leraille, (sergent)	40.4	12 —	24 —	25 —	39 —	Hémorrhagies intestinales.
Collé, Emile	39.9	15 —	22 —	23 —	33 —	
Richard	40.5	12 —	20 —	22 —	29 —	Evacué aux vénér. p. urétrite antér. à l'hospit.
Finot	40.3	16 —	23 —	25 —	36 —	
Chenet	40.5	14 —	23 —	25 —	33 —	
Foucard	40.4	17 —	20 —	22 —	32 —	Lysis très rapide.
69e de ligne						
Hury, (sous-chef de musique)	40.2	14 —	18 —	20 —	34 —	Insomnie opiniâtre pend. 4 j. (1er et 2e septénaire)
Moitié, Louis, (sergent)	40.»	16 —	22 —	24 —	42 —	Adynamique.
Prost, Benoît	40.4	12 —	21 —	25 —	34 —	Adynamique.
Fretin	40.5	17 —	22 —	26 —	38 —	Ataxo-adynamique grand amaigrissement.
Léger, Henri	40.3	16 —	26 —	24 —	42 —	
Roger	40.1	13 —	23 —	24 —	34 —	
35e d'artillerie						
Lefeure	39.7	15 —	22 —	26 —	40 —	
Holweck, Modeste	40.4	18 —	24 —	25 —	34 —	Cas intér (entré pour coup de pied de cheval à la jambe) œdème de la jambe persistant qui explique la longue hospitalisation.
Lemoing	40.8	17 —	23 —	30 —	76 —	
Moyenne pour les 22 cas graves	40.2	15 —	22 —	25 —	38 —	

Cas de gravité moyenne (20)

10e hussards						
Rumeau, Jean	38.6	9 jours	14e jour	20 jours	26 jours	Persistance de rêvasseries et épistaxis tout à fait hors de rapport avec la T. peu élevée.
Vauthey	40.5	10 —	15 —	17 —	25 —	
Masson (brigadier-fourrier)	39.5	9 —	16 —	17 —	28 —	
Parizot	40.1	8 —	14 —	16 —	24 —	
Amiot, Jules	39.4	9 —	15 —	17 —	31 —	
Saloppe	39.7	9 —	16 —	17 —	24 —	
35e d'artillerie						
Tuarzé	39.8	19 —	20 —	23 —	39 —	
26e de ligne						
Lefévre, Julien	40.3	12 —	19 —	20 —	29 —	
Rablet	39.5	9 —	14 —	15 —	21 —	
Fratoni	39.3	10 —	15 —	17 —	29 —	
Leclerc	40.4	11 —	14 —	16 —	23 —	
69e de ligne						
Mannery, Félix	40.2	9 —	14 —	16 —	23 —	
Ricbourg (sergent)	40.6	10 —	16 —	19 —	29 —	
Levain	40.3	12 —	18 —	21 —	27 —	
Périnet	39.6	19 —	14 —	20 —	34 —	Evacué aux vénériens pour urithrite antérieure.
Ro'and	39.9	10 —	15 —	16 —	26 —	
Foinant, (caporal)	40.»	12 —	19 —	21 —	31 —	
Renault, Jean	39.9	8 —	13 —	15 —	21 —	
Nageotte	39.3	10 —	15 —	19 —	34 —	
6e section d'infirmiers						
Nottelet	39.8	11 —	16 —	20 —	30 —	Cas intérieur.
Moyennes pour les 20 cas de gravité moyenne	39.8	10 —	15 —	18 —	27 —	

Cas légers ou abortifs.

Nous n'en donnons que cinq pour en déduire la faible gravité moyenne. Nous ne ferons que nommer les vingt autres en indiquant leur régiment, pour faciliter tout contrôle à l'aide des registres hospitaliers et régimentaires.

NOMS ET RÉGIMENTS	Température maxima	Durée de la T en plateau de 38 au maximum	Retour à 37°	Durée de l'alitement absolu	Durée de l'hospitalisation	OBSERVATIONS
26e de ligne						
Cuillerat	40.»	8 jours	13° jour	14 jours	24 jours	
Gosset	39.9	8 —	12 —	13 —	18 —	
Breton	38.6	7 —	15 —	17 —	28 —	
69e de ligne						
Rivet	38.8	7 —	11 —	14 —	20 —	Cas caractérisé par une T. relativement basse mais n'empêchant pas 10 épistaxis de se produire en 7 jours avec langue saburrale c'est ce que n. avons appelé la fièvre typhoïde froide.
10e de hussards						
Danflouze	39.»	6 —	10 —	12 —	13 —	
Moyenne pour les 5 cas légers.	39.4	7 —	12 —	14 —	23 —	

Les autres cas ont été fournis par :
26e de ligne : Magniére, Goyez, Dekenwer;
69e de ligne : Chrysty, Beugnot, Lecul, Cornet, Carrez, Guilbaut.
10e hussards : Tonkarine, Chameroy, Aïener, Lesserteur, Serpillon, Billet, Belin, Pibouleau et Pourcelet.
35e d'artillerie : Vergne.
Infirmiers : Darnet (3e cas intérieur).

que possible), dans ce service voisin, disons-nous, qui a traité en même temps que nous dans la même épidémie de la même garnison 63 typhoïdes, il y a eu 10 décès, soit une mortalité de 15 p. 0/0 environ.

Le médecin traitant, beaucoup plus expérimenté et clinicien autrement autorisé que nous, a employé les mêmes moyens d'hygiène et de thérapeutique qui lui sont dès longtemps familiers, mais avec l'ergot de seigle en moins.

Ne paraît-il pas vraisemblable dès lors que, dans ces conditions d'équation d'origine, de contemporanéité des malades et d'infériorité d'expérience médicale de notre part, l'écart entre la mortalité de 3,7 0/0 et sa voisine de 15 0/0, demeure justiciable du facteur qui constituait la seule différence de traitement, l'ergot de seigle.

Cela d'autant mieux que chaque dose, administrée quotidiennement à chacun des 82 malades, a été prise rigoureusement devant nous le matin à la visite, et non pas seulement *prescrite*. S'il y avait vomissement, on en rendait compte à la contre-visite, et la dose était répétée.

(A suivre.)

REVUE CRITIQUE

De l'épistaxis, diagnostic local et traitement.

La question sur laquelle je désire appeler l'attention semble tout d'abord parfaitement connue, et cependant, quand on l'examine de près, on est frappé de voir que si l'étude générale de l'épistaxis est faite, si l'épistaxis symptomatique est toujours bien rattachée à sa cause (ép. cardiaque, rénale, supplémentaire ou complémentaire, des fièvres, etc.), on ignore absolument d'où vient le sang dans la plupart des cas, et la preuve en est que le traitement le plus répandu consiste non à rechercher le point malade pour l'atteindre directement, mais à transformer les fosses nasales en une cavité close (tamponnement), de sorte que l'hémorrhagie s'arrête par l'obstacle que le sang s'oppose à lui-même.

Il est une catégorie de cas où cet examen devrait être plus souvent pratiqué, c'est l'épistaxis idiopathique qui survient en bonne santé et pour laquelle le médecin va chercher des causes éloignées plus ou moins hypothétiques au lieu d'explorer les fosses nasales. Cet examen cependant n'a pas toujours été omis, Carl Michel a réussi à élucider cette question par la rhinoscopie, et il a indiqué un moyen aussi simple qu'efficace pour arriver à une guérison complète. Dans son *Traité des maladies du nez* (Berlin, 1876, Bruxelles, 1879, trad. Capart), on trouve (p. 105) un chapitre sur l'épistaxis renfermant deux observations dont voici le résumé :

1° Une femme de soixante-trois ans, d'une famille de pléthoriques, avait depuis la ménopause des épistaxis fréquentes. Tous les mois environ, elle saignait de la narine gauche, mais souvent elle avait quelques mois de répit. Comme l'hémorrhagie finit par se reproduire plusieurs fois par jour, on soupçonna une tumeur, mais Michel trouva le nez absolument libre. Par contre, sur la cloison, juste vis-à-vis l'extrémité antérieure du troisième cornet, il trouva un petit caillot adhérent; en le touchant, il reproduisit l'hémorrhagie qui se faisait par secousses isochrones au pouls. La perte de substance d'où provenait le sang avait la grosseur d'une pointe d'épingle. Une eschare d'un centimètre environ qu'il produisit avec le galvano-cantère amena la guérison permanente.

2° Un homme de vingt-six ans saignait depuis longtemps de la narine droite. En l'examinant, l'introduction du spéculum ramena l'hémorrhagie, sans doute par le déplacement du caillot; le plancher seul était mouillé par le sang. Michel l'ar-

rêta par une simple compression des narines. Aussitôt après, il trouvait la partie antérieure de la cloison rouge, converte de ramifications vasculaires plus développées qu'à l'état normal ; il cautérisa légèrement au nitrate d'argent. Quatre jours après, l'écoulement ne s'était pas reproduit.

En plaçant prudemment le spéculum dans la partie cartilagineuse du nez droit, il vit un caillot à l'extrémité antérieure de la portion osseuse de la cloison, tout près du plancher et gros comme une tête d'épingle. En le touchant avec un stylet, le sang coula abondamment, mais il l'arrêta avec le galvano-cautère. Huit jours après, l'eschare était tombée et la guérison complète.

J'avais été très frappé par cet article, lorsque j'eus l'occasion d'observer un vieillard de soixante-dix ans devenu cachectique à la suite d'épistaxis répétées par la narine droite, se produisant depuis des années. Comme il saignait du nez, et que par suite une grosse prostate urinait souvent, on l'avait traité pour une affection rénale. Je fis exactement la même découverte que Michel, c'est-à-dire que dans la narine correspondante je trouvai un petit caillot à la partie antéro-inférieure de la cloison. En le touchant au stylet (comme le malade prisait, je crus d'abord avoir sous les yeux un grain de tabac), je ramenai un écoulement très abondant que j'arrêtai par l'application directe d'un tampon trempé dans du perchlorure. Cet écoulement se reproduisait d'ailleurs au moindre effort, ce qui empêchait le malade de se moucher. J'obtins la guérison par deux applications du galvano-cautère.

J'ai fait sur ce cas et ceux de Michel un article qui a paru dans le PROGRÈS MÉDICAL en 1881 (no 40) pour appeler sur ce sujet l'attention de mes confrères. Depuis, le nombre de mes observations s'est élevé à six. Ce qui est remarquable, ce n'est pas leur nombre qui est faible, mais la proportion ou plutôt la constance de la lésion constatée : cinq fois sur six, il y avait une érosion de l'extrémité antéro-inférieure de la cloison : tantôt c'était une petite croûte noire qui, détachée, laissait échapper du sang ; tantôt (chez deux malades) c'était une zone de varicosités rougeâtres et le sang ne s'écoulait qu'en nappe. Dans le sixième cas, au lieu d'une érosion sur la cloison, on trouvait sur la paroi externe du nez, au-dessus du cornet inférieur, dans le méat moyen par conséquent, une petite tumeur framboisée, grosse comme un pois, dont la destruction au galvano-cautère amenait la guérison.

Tous mes malades étaient des adultes ; leur santé générale était bonne ; mais deux étaient atteints d'ozène vrai, l'un d'un seul côté, l'autre des deux côtés, et chez le premier le sang ne venait que de la fosse nasale malade. Cet état pathologique de la muqueuse semble donc jouer ici un certain rôle étiologique.

Tous ont guéri par les cautérisations au nitrate d'argent ou au galvano-cautère.

Ces constatations importantes ne sont pas restées isolées.

Lefferts, dans le MEDICAL NEWS du 28 janvier 1882, dit avoir observé beaucoup de cas d'épistaxis par simple érosion de la muqueuse, érosion qu'il attribue au grattage avec le doigt, ce que je n'ai jamais constaté. Il dit qu'au début il existe une simple desquamation épithéliale à laquelle succède une croûte qui tombe au moindre contact et l'hémorrhagie se reproduit. Il conseille donc vivement de pratiquer toujours la rhinoscopie qui conduira, dit-il, à un traitement très simple, très efficace.

Les cas auxquels fait allusion Lefferts rentrent dans la première catégorie, de beaucoup la plus nombreuse, celle des érosions de la cloison. En 1876, Voltolini, dans son ouvrage sur la rhinoscopie et la pharyngoscopie (Breslan, 1879, p. 81), avait au contraire relaté un cas d'angiome absolument semblable au mien chez un individu atteint d'épistaxis rebelle ; il avait trouvé sur la paroi externe du nez, entre les cornets moyen et inférieur, une petite excroissance qu'il avait détruite au galvano-cautère ; il avait pu constater pendant cinq ans que la guérison s'était maintenue.

De même Rischawy (cité par Chiari, SCHMIDT'S JAHRBÜCHER, 190, p. 107) a trouvé chez un individu atteint depuis trois ans d'épistaxis presque journalière une petite excroissance grosse comme un grain de millet recouverte d'une croûte située dans le méat inférieur droit, à 2 mill. de la narine. Trois cautérisations au nitrate d'argent amenèrent la guérison.

Après ces trois cas remarquables d'angiome, nous rentrons dans la grande catégorie des érosions, d'abord avec Little qui en rapporte quatre observations tout à fait analogues à celles de Michel et aux miennes (HOSPITAL GAZETTE, 1879), puis avec Hartmann (ZEITSCHR. FÜR OHRENH., X, 2), qui en rapporte cinq observations.

Dans la première, il y avait une excoriation symétriquement placée dans les deux fosses nasales, à la partie antérieure de la cloison (c'est le seul cas d'épistaxie bilatérale avec les deux cas de Chiari que nous verrons plus loin). Dans les deuxième, troisième, quatrième, elle était unilatérale et siégeait aussi en bas et en avant sur la cloison ; dans la cinquième, elle occupait le plancher. De ses observations réunies à celles de Little, Hartmann conclut que la plupart des épistaxis spontanées prennent leur origine à la partie antérieure de la fosse nasale (cloison ou plancher) ; qu'il est toujours possible de trouver le point qui donne ou au moins d'établir la position qu'il occupe ; qu'en pressant une boulette d'ouate sur le point malade, ou en remplissant la narine correspondante, il est plus facile d'arrêter le sang que par le tamponnement ordinaire, outre que la présence des tampons au voisinage des trompes peut produire une otite moyenne suppurée intense (Hartmann, Lœwenberg) ; enfin que la longue durée et la violence de l'hémorrhagie pour des vaisseaux si petits s'expliquent par ce fait qu'ils sont entourés dans leur trajet par du tissu osseux et qu'ils restent toujours béants.

Dans un important article paru dans l'ALLGEMEINE WIENER MED. ZEITUNG, no 24, 12 juin 1883, Chiari s'associe pleinement à ces conclusions. Il est certain, dit-il, que les cornets peuvent donner du sang quand la muqueuse est malade, ou bien divisée par les traumatismes (chirurgicaux par exemple), mais ces hémorrhagies s'arrêtent facilement et ne reviennent pas. Au contraire, les hémorrhagies spontanées, violentes, difficiles à arrêter et qui se reproduisent constamment chez des gens bien portants, proviennent dans la grande majorité des cas d'un point circonscrit de la cloison, et elles ne sont pas du tout produites habituellement par l'ongle ; elles surviennent en général spontanément, parfois même pendant le sommeil. La plupart des malades évitent au contraire avec soin de se toucher le nez et cependant la guérison ne se produit pas, preuve qu'il existe au point qui donne du sang ; un état anatomo-pathologique spécial.

Les douze cas de Chiari sont tellement semblables entre eux qu'il ne donne pas d'observations détaillées. Sur ce nombre, il y avait 9 hommes et 3 femmes. Tandis que mes malades presque tous hommes, avaient de 35 à 70 ans, Chiari

ne trouva qu'un homme au-dessus de 40 ans; la plupart avaient de 15 à 20 ans. Pour les femmes, deux avaient 60 ans, une 12 ans. Chez tous, l'hémorrhagie durait depuis des années, chez deux même depuis plus de 30 ans. Chez les uns, elle survenait tous les jours pendant des semaines, puis s'arrêtait pendant très longtemps; chez d'autres, elle survenait très rarement, mais très abondamment. Chez 3, il existait une anémie profonde; un seul avait du coryza chronique. L'hémorrhagie, souvent spontanée, se produisait fréquemment pendant le mouchage, l'éternuement, etc. Deux fois seulement le sang provenait des deux narines; dans les dix autres, d'une seule. Un malade parvenait à l'arrêter en se plaçant un tampon dans le nez. La lésion consistait dans l'érosion déjà décrite de l'extrémité antéro-inférieure de la cloison. En touchant le caillot, on reproduisait l'hémorrhagie.

Avec le galvano-cautère, Chiari obtint dans les cinq cas les plus graves une guérison complète. Cinq autres malades ne revinrent pas. Les deux derniers ne mouchaient plus que des stries de sang, et encore très rarement.

Pour Chiari, la répétition de l'hémorrhagie est due à ce que la thrombose du vaisseau ouvert est incomplète. Le thrombus est latéral et le moindre effort le fait tomber. La muqueuse est trop tendue sur les parties sous-jacentes et de plus il y a souvent en ce point de petites varices avec dilatation anévrysmatique. Telles sont les causes déterminantes ou adjuvantes des épistaxis.

En résumé, si nous réunissons tous les cas connus en y joignant un autre cas communiqué par mon ami le docteur Alfred Martin, qui rentre dans la catégorie des ulcérations, nous voyons que l'épistaxis habituelle reconnaît pour cause : 1° dans un très petit nombre de cas (au nombre de 3 jusqu'ici) une petite tumeur caverneuse du méat moyen ou du méat inférieur; dans tous les autres (au nombre de 30), une érosion qui siégeait une fois sur le plancher près de la cloison, 29 fois sur la partie antéro-inférieure de la cloison, 27 fois dans une seule narine et 2 fois dans les deux narines.

On voit donc que, pour arrêter un saignement de nez, au lieu de pratiquer le tamponnement, il suffit d'introduire dans la narine qui saigne un tampon d'ouate et de pincer le nez; pour amener une guérison définitive, le médecin non familiarisé avec la rhinoscopie promènera un crayon de nitrate d'argent sur la cloison du côté qui donne. Si, chose rare, on n'obtient pas de cette façon la guérison, c'est qu'il faut recourir au galvano-cautère; ou bien il s'agit non d'une ulcération, mais d'un angiome de la paroi externe; dans les deux cas, la rhinoscopie devient indispensable.

Dr Calmettes.

BIBLIOGRAPHIE

Contribution a l'étude clinique des tumeurs solides du scapulum, par le docteur de Langenhagen, ancien interne des hôpitaux.

L'étude des tumeurs solides du scapulum n'avait pas encore été l'objet d'un travail d'ensemble, mais des observations assez nombreuses en avaient été publiées; en les rassemblant, en y joignant cinq observations inédites et d'un grand intérêt, M. de Langenhagen a produit une œuvre originale, consciencieuse et d'une grande portée clinique.

Son étude se divise en deux parties : dans la première, l'étiologie et les symptômes de ces tumeurs sont rappelés; le diagnostic y est traité avec plus de détails; l'auteur insiste sur la difficulté qui existe souvent à préciser le siége exact de la production morbide; non seulement on ne parvient pas toujours à connaître quelle est la portion de l'omoplate où elle s'est développée primitivement, mais il est souvent difficile d'affirmer si elle appartient à cet os ou à un os voisin; des faits intéressants sont cités à l'appui et de bons signes sont fournis pour éclairer la question. Le diagnostic de la nature de la tumeur est des plus importants et il doit être aussi précoce que possible; se plaçant surtout au point de vue clinique, l'auteur divise les tumeurs en bénignes et en malignes; c'est en face de ces dernières que le chirurgien devra se hâter.

La deuxième partie est consacrée au traitement; c'est à nos yeux la partie capitale de l'ouvrage. S'il s'agit d'une tumeur bénigne, il faut avoir présents à l'esprit les faits dans lesquels la tumeur a subi un arrêt de développement et mettre alors en balance la gêne apportée aux fonctions par le néoplasme et les dangers de l'opération; on aura à choisir entre l'ablation simple de l'exostose et la résection partielle.

Est-on en présence d'une tumeur maligne? Le chirurgien cherchera d'abord s'il existe des contre-indications à une intervention opératoire : l'âge avancé du sujet, une santé générale ébranlée, la généralisation probable, la présence de ganglions impossibles à enlever, les adhérences aux parois thoraciques interdisent d'opérer.

L'auteur traite ensuite avec des détails minutieux la question du manuel opératoire; l'espace nous manque pour en donner une analyse. Il passe en revue les différents procédés : l'extirpation du scapulum seul, l'extirpation avec ablation du bras, l'amputation de l'omoplate, la résection de la fosse sous-épineuse, de l'angle inférieur, de l'angle supérieur et interne, de l'angle externe, de l'épine, et, à la suite de chacun de ces articles, se trouvent, sous forme de tableaux soigneusement dressés, les faits qui s'y rapportent. Un des points les plus intéressants est l'historique qui précède l'exposé de chacun des procédés opératoires. Enfin l'auteur fait avec raison des réserves expresses sur les résultats définitifs de l'opération: si les suites immédiates ont été en général peu graves, eu égard aux délabrements considérables que nécessite une pareille intervention, on ne saurait pourtant se prononcer sur les résultats définitifs, car les opérations sont de date trop récente, ou bien les détails manquent sur ce point dans les observations anciennes.

Ces réserves faites, l'auteur conclut en faveur des opérations partielles, dont le pronostic est favorable à tous égards; si elles sont jugées insuffisantes, l'amputation sera préférée à l'extirpation; enfin, à moins d'envahissement total par une tumeur maligne, le périoste devra être conservé avec soin.

Dr Desnos.

REVUE DES THÈSES.

Dr H. de Brun. — Contribution a l'étude de la phlegmatia alba dolens, thèse de Paris, 1884. — A. Delahaye et Lecrosnier.

C'est par l'étude clinique de la phlegmatia alba dolens que commence la thèse du docteur de Brun. Il analyse d'abord la douleur, qui peut préexister, manquer, et se montrer dans d'au-

tres œdèmes ; l'œdème lui-même peut faire défaut ; cependant la coïncidence des deux grands symptômes œdème et douleur est la règle. Cet œdème, blanc et dur, suit d'ordinaire une marche ascendante ; il commence par le pied, remonte successivement, s'accompagnant toujours d'hydarthrose (Letulle) et de modifications thermiques intéressantes (Damaschino), peut disparaître complètement à la fin ou au contraire persister sous forme d'œdème chronique, laissant quelquefois au membre un aspect éléphantiasique ou variqueux.

Au point de vue clinique, à côté de la forme infectieuse de Velpeau, l'auteur distingue une seconde classe comprenant les phlegmatia latentes, qui peuvent passer inaperçues, les formes ordinaires, et une troisième forme lymphatique s'accompagnant habituellement d'une coloration rosée par lymphite concomitante (Graves, Jaccoud). Les principales complications sont : la *périphlébite*, artériolisant la veine et pouvant déterminer la suppuration autour d'elle ; l'artérite par propagation ; la gangrène humide et même sèche, et l'embolie pulmonaire pouvant se produire même après trois mois, ainsi que le prouve l'observation de Trousseau, et d'autant plus grave qu'elle se fait d'ordinaire dans la branche droite de l'artère pulmonaire, annihilant la plus belle moitié du champ de l'hématose, et se prolongeant jusque dans les rameaux artériels de quatrième et cinquième ordre.

Dans le chapitre Etiologie, notons les observations intéressantes où la phlegmatia a été le premier signe d'une tuberculose restée jusque-là latente ; retenons aussi que l'affection suit les fièvres typhoïdes graves aussi bien que légères.

L'auteur considère l'altération vasculaire endothéliale comme primitive et s'appuie à cet égard sur trois observations où l'influence des troubles trophiques du système nerveux paraît indiscutable.

Dr P. Michaux. — Contribution a l'étude du carcinome de la parotide. Thèse de Paris, 1884 — Masson.

Les carcinomes de la parotide sont rares et leur description clinique laissait à désirer. Aussi devons-nous savoir gré au docteur Michaux d'avoir choisi leur étude comme sujet de sa thèse inaugurale.

Trois observations très importantes, dont deux prises dans le service du professeur Duplay, l'autre communiquée par le professeur Trélat, étudiées à fond et rapprochées d'observations analogues et des descriptions classiques, servent à l'auteur pour établir d'une façon claire, précise, la nosographie de l'affection et les indications opératoires qu'elle peut présenter.

Paul Berthod.

FORMULAIRE

Lavement résolutif dans les cas d'adénite péri-utérine.

(Courty).

Rec.	Cérat de Galien	15 grammes.
	Onguent napolitain	25 —
	Laudanum de Sydenham	X gouttes.
	Extrait de belladone	0,01 à 0,05 centigr.

M. s. a. A l'aide d'une petite seringue à très large cannule, on injecte ce mélange dans le rectum, en arrière de l'utérus.

On donnera deux lavements par semaine et on recommandera à la femme d'éviter d'aller à la garde-robe durant le jour qui suit.

Prendre les précautions d'usage pour diminuer les chances de salivation mercurielle.

E. R.

BULLETIN

De l'expérimentation sur l'homme et de la transmission héréditaire dans les maladies microbiennes.

Les microbes ont eu les honneurs de la dernière séance de l'Académie de médecine (1) : microbe de la septicémie gangréneuse, microbe de la fièvre jaune, microbe de la tuberculose, ont servi de thème aux orateurs qui ont occupé successivement la tribune. Parmi les différentes questions qui, à ce propos, ont été abordées, il en est deux qu'il nous a paru intéressant de relever : elles ont trait, l'une à l'expérimentation sur l'homme, l'autre à la transmission héréditaire des maladies microbiennes.

Un professeur de la Faculté de médecine de Rio-Janeiro, M. Domingos Freire, dit avoir découvert le microbe de la fièvre jaune, et, ayant remarqué que dans certaines conditions de milieu, en particulier de température, ce microbe perd de son activité ou de sa vitalité, il a été conduit tout naturellement à entreprendre des inoculations préventives ou vaccinations avec ce microbe ainsi affaibli, ou avec le virus atténué dont il constitue l'agent. M. Freire ne s'est pas borné à entreprendre des expériences à ce sujet sur des animaux : il a transporté son champ d'expérimentation dans l'espèce humaine et, aux dernières nouvelles que le rapporteur de ce travail a eues de ses recherches, plus de quatre cents individus avaient consenti à se soumettre à la nouvelle vaccination. Il est probable, sinon encore certain, que le médecin brésilien, fort de ses convictions, a le premier donné l'exemple ; mais cette expérience préalable n'est pas complète, car l'expérimentateur n'a pas eu le temps d'en connaître les résultats, au point de vue de l'immunité qu'il a pu ainsi acquérir contre la fièvre jaune. Suivant la remarque de M. Bouley, il aurait dû, pour remplir entièrement le programme, s'inoculer, après s'être vacciné, le virus actif de la fièvre jaune.

M. Freire est donc allé un peu vite, dans sa campagne de prosélytisme, en vaccinant quatre cents personnes, et, quel que soit le résultat de ces expériences, on est autorisé avec M. Rochard à faire des réserves sur leur légitimité. En vain M. Bouley répond-il qu'on doit plutôt encourager que réprimer de semblables hardiesses ; avec la fièvre d'expérimentation qui règne partout, il faut se méfier de l'enthousiasme prématuré et de la foi par trop agissante de certains partisans des doctrines nouvelles.

Il ne suffit pas que cette foi soit notoirement sincère pour que les actes qu'elle inspire se trouvent complètement justifiés. Auzias-Turenne, apôtre convaincu de la syphilisation, avait lui aussi commencé par s'inoculer la syphilis, ainsi qu'on a pu s'en convaincre après sa mort, et, ne connaissant pas alors l'atténuation des virus, il ne craignait pas d'employer le virus syphilitique dans toute sa puissance d'action. Trouverait-il aujourd'hui plus d'encouragements qu'il n'en a reçu au moment où il cherchait à propager ses idées, et sa conviction ardente a-t-elle jamais paru justifier la pratique qu'il conseillait ?

On peut se tromper de bonne foi, mais on doit toujours avoir présente à l'esprit la possibilité de l'erreur et éviter avant tout que d'autres que soi puissent en être victimes. M. Freire était le maître, après avoir expérimenté sur les animaux, de se

(1) V. le dernier numéro du Compte rendu général.

prendre lui-même pour sujet d'expérience : on ne peut qne rendre hommage, s'il l'a fait, à la sincérité de ses convictions. Mais il a outrepassé le respect que l'on doit avoir ponr la vie et la santé de son semblable en poursuivant sur d'autres des essais dont le résultat est incertain et pent devenir dangereux. L'exemple de hardiesse qn'il a donné est bon à citer, non pour l'enconrager et le suivre, mais pour le désapprouver et ne pas l'imiter.

— M. Hérard, dans son rapport très étudié sur le concours pour le prix Portal, a passé en revue la plupart des questions relatives à la tuberculose et les a résolnes conformément aux résultats des recherches les plus récentes. Pour notre savant confrère, la tuberculose est une maladie virulente, transmissible par inoculation on par pénétration de l'agent virulent dans les différentes voies d'absorption, et cet agent est un microbe, le bacille découvert par Koch, qu'on retronve presque constamment dans les foyers tuberculeux, qui cependant, suivant les recherches de MM. Malassez et Vignal, pourrait être polymorphe et se présenter parfois sous l'aspect de masses zoogloeiques, mais qui, en tout cas, partout et toujours, est la canse efficiente, non le produit de la maladie. Ces données paraissent à M. Hérard définitivement acquises à la science, et il les admet sans conteste. Le point où il semble un peu hésiter est celui de la transmission héréditaire directe de la tuberculose; mais son hésitation est de courte durée, et les dernières recherches de MM. Landonzy et H. Martin sur la transmission de la tuberculose à des animaux par l'inoculation de fragments d'organes pris sur des fœtus sains mais issus de mères tuberculeuses et par celle du sperme d'un mâle tuberculeux, lui paraissent démontrer la transmissibilité en nature du germe ou de l'agent tuberculeux des parents aux produits.

La transmission héréditaire de la tuberculose se ferait ainsi suivant deux modes. Tantôt, et ce serait le cas le plus fréquent, le seul encore admis par bon nombre de cliniciens, on tiendrait de ses parents la simple prédisposition accrue par la faiblesse originaire de la constitution, tantôt on recevrait d'eux l'agent même matériel et efficient de la maladie. En d'autres termes, et pour emprunter les expressions de MM. Landouzy et H. Martin, on hériterait dans le premier cas du *terrain tuberculisable*, dans le second de la *graine tuberculisante*.

A l'appui de cette hérédité tuberculeuse directe, M. Hérard a cité les cas, qui deviennent aujourd'hui de plus en plns nombreux depuis que l'attention est fixée sur ce point, de syphilis héréditaire tardive. Dans ces cas, où les manifestations de l'affection héréditaire ne se produisent que plusieurs années, quelquefois dix et quinze ans après la naissance, on ne peut pas dire que les enfants aient hérité simplement du *terrain;* ils ont dû recevoir la *graine* et cette graine, à l'instar de celle des végétaux, a conservé à l'état latent ses propriétés vitales, et n'a germé que le jour où le terrain où elle était déposée est devenu favorable à cette germination.

Ces analogies, ces inductions, ne laissent pas d'être séduisantes. Si l'on veut embrasser d'un coup d'œil les différentes maladies héréditaires, on voit qu'on pourrait les diviser en trois groupes. Dans le premier groupe, dont les maladies psychiques (pour lesquelles on n'a pas encore trouvé le microbe) seraient le type, on hériterait de la prédisposition ou du *terrain;* dans le second, représenté par la syphilis, on hériterait de la *graine;* dans le troisième enfin, dont la tuberculose serait un exemple, on hériterait tantôt du *terrain*, tantôt de la *graine*,

Il ne faudrait pas cependant se laisser entraîner trop facilement à ces vues de l'esprit, et nos expérimentateurs, quoi qu'en pense M. Hérard, ne nous semblent pas avoir fourni tout le contingent de preuves qu'on est en droit d'exiger d'eux. Ainsi, dans les expériences de MM. Landouzy et H. Martin, nous voyons bien des séries d'animaux tnberculisés par l'inoculation de matières provenant de fœtus issus de mères tuberculeuses, mais la graine que ces fœtns ont reçue d'nn côté et transmise de l'autre n'a pas, que nous sachions du moins, été isolée; or c'est là un point important, capital, que des recherches ultérieures ne peuvent manquer de résoudre.

Mais le problème doit s'étendre davantage. S'il est vrai qu'on puisse hériter de la graine, la porter et la conserver inoffensive au sein de ses tissus pendant des années, cette graine, prise sur les individus qui n'en sont pas autrement affectés, et reportée sur un terrain propice, doit germer et transmettre la maladie à l'organisme qui la reçoit. L'expérience, en ce qui concerne la syphilis, sera toujours difficile, sinon impossible, mais elle ne paraît pas offrir des difficultés insurmontables pour ce qui touche à la tuberculose. Les espèces animales aptes à la contracter sont nombreuses; on n'a que l'embarras du choix. Que l'on prenne donc un jenne animal issu de parents tuberculeux ; qu'on l'élève avec soin dans les meilleures conditions hygiéniques et que de temps en temps on inocule à d'autres animaux quelques fragments de ses tissus ou quelques-uns de ses produits; que l'on prolonge autant que possible la durée et que l'on varie les modes particnliers de cette expérimentation ; puis, en se mettant en garde contre toute cause de contamination extérieure, et en agissant exclusivement par l'influence d'une mauvaise hygiène, qu'on cherche à réaliser chez l'animal les conditions propres à la germination de la graine qu'il a dû ou pu recevoir : si cet animal, après une longue période de santé florissante, devient malade et meurt, si l'on tronve dans ses produits le bacille spécifique, si ce bacille ou tout au moins l'une de ses formes existait déjà dans ses humeurs ou ses tissus au moment des différentes expériences d'inoculation, qne ces expériences aient été positives et que chez les animaux ainsi tnberculisés on ait retrouvé le même bacille, la question pourra être alors considérée comme jugée. En tout cas, le programme expérimental que nous venons de tracer nous paraît utile à suivre, et nous le soumettons à ceux qui sont en mesure de le réaliser.

Dr F. de Ranse.

NOTES & INFORMATIONS

Adresse offerte au nom de l'Institut de France a l'Université d'Edimbourg a l'occasion du troisième jubilé centenaire de cette Université. — Nous n'avons plus à parler des fêtes célébrées à Edimbourg à l'occasion du troisième jubilé centenaire de l'Université de cette ville. Deux de nos compatriotes, MM. Pasteur et de Lesseps, ont reçu plus particulièrement des marques de sympathie et de respect. Voici l'adresse signée de MM. Pasteur, d'Abbadie, de Lesseps, Caro, Perrot, Gréard et Mézières, qui a été déposée en séance solennelle de l'Université, au nom de l'Institut de France :

« Messieurs,

« L'Institut de France s'honore d'être représenté par chacune de ses classes à ce solennel aniversaire.

« Votre accueil, les hautes distinctions que vous nous offrez, c'est à notre pays que nous en reporterons l'hommage. Nous vous en remercions au nom de la France.

« Nous n'avions pas besoin de votre hospitalité d'aujourd'hui pour nous rappeler l'étroite et généreuse solidarité des sentiments qui, depuis des siècles, depuis Louis XI et Marie Stuart, unissent la France et l'Ecosse.

« La science a resserré ces premiers liens et les resserre chaque jour davantage. Adam Smith, Joffrey et Brougham dans les hautes spéculations morales et politiques, Reid et Dugald-Stewart dans la philosophie, Brewster dans la physique, ont exercé, en France comme en Ecosse, la sagacité de tous les penseurs Et à ces noms glorieux comment ne pas ajouter ici celui de Walter Scott, l'enfant d'Edimbourg, qui a fait vivre dans l'âme de tant de générations de Français l'âme même de l'Ecosse ?

« La grandeur d'une nation se mesure à la richesse et à la fécondité des idées qu'elle a jetées dans le monde. Un tel anniversaire excitera une noble émulation entre les peuples qui mettent leur orgueil et leur foi à bien mériter du genre humain par les efforts de la pensée.

« Nous saluons avec bonheur l'aurore de votre nouveau siècle universitaire. »

Rappelons que, parmi les personnes qui ont reçu des diplômes universitaires *pro honoris causâ*, on compte plusieurs Français : MM. Caro, Gréard, Mézières, Perrot, Pasteur, H. Gueneau de Mussy, Hermitte, Ball, de Lesseps, Ollier, Chauveau.

— LE CHOLÉRA. — Dans une première réunion, le Conseil sanitaire international de Constantinople, appelé à délibérer sur les cas de choléra qui se sont produits à bord des navires anglais venant des Indes, a reconnu que deux de ces navires ont eu, le premier, deux décès de choléra pendant la traversée des Indes à Suez, et, le second, un cas de choléra dans le trajet même du canal. Dans une deuxième séance, le conseil de Constantinople, prenant en considération les informations rassurantes qui lui ont été fournies par le docteur Arnaud, son délégué à Alexandrie, par le délégué d'Egypte, etc., sur l'état sanitaire de l'Egypte et du canal, a décidé que les provenances d'Egypte ne seraient soumises à leur arrivée en Turquie qu'à une visite spéciale. Pour ce qui est des provenances de l'Inde, le Conseil les soumet, dès à présent, à la quarantaine dans tous les ports ottomans.

— NOUVEAU FAIT DE TRANSPOSITION DES ORGANES THORACIQUES ABDOMINAUX. — Ce cas vient d'être présenté à la Société de médecine de Berlin par le docteur P. Guttmann. Il a trait à un homme de soixante-deux ans qui succomba aux progrès de la tuberculose. Pendant la vie du sujet, on avait constaté que les battements du cœur se produisaient du côté droit; la percussion avait permis de reconnaître que le foie siégeait dans l'hypochondre gauche et la rate dans l'hypochondre droit. L'autopsie vérifia ces diverses ectopies et montra en même temps que le cardia était placé à gauche et que la transposition existait également pour les poumons.

R. F. D.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons la mort de M. le docteur Viollet, décédé à Paris, à l'âge de soixante ans.

— On annonce la mort de M. le docteur Sémerie, auteur de plusieurs travaux de philosophie positive.

∴

CONCOURS POUR PLUSIEURS EMPLOIS DE PROFESSEUR SUPPLÉANT EN PROVINCE. — Par divers arrêtés ministériels, des concours s'ouvriront :

Devant la Faculté de médecine de Paris, le 15 novembre 1884 pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes à l'Ecole de plein exercice de Nantes ; — le 10 décembre, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à la même Ecole ; — le 15 novembre, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes à l'Ecole préparatoire de Caen ;

Devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, le 10 novembre 1884, pour un emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole préparatoire de Caen ; — le 1er décembre 1884, pour un emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à la même Ecole ;

Devant la Faculté de médecine de Montpellier, le 15 novembre 1884, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de cliniques internes à l'Ecole de plein exercice de Marseille ; — le 10 décembre 1884, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à la même Ecole.

— Un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un chef de clinique à la Clinique nationale ophthalmologique de l'hospice des Quinze-Vingts.

Le titre de docteur en médecine est exigé.

MM. les candidats sont priés de s'inscrire tous les jours non fériés de dix heures à quatre heures, au secrétariat de l'Hospice, rue de Charenton, 28, où il leur sera donné tous les renseignements nécessaires.

Ils remettront, à l'appui de leur demande, leur diplôme de docteur et leur extrait de naissance.

Le registre d'inscription restera ouvert jusqu'au 15 juin 1884.

∴

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret en date du 19 avril 1884, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. Hergott, médecin aide-major de 2e cl., agrégé de la Faculté de médecine de Nancy, Moret, médecin aide-major de 2e cl., professeur à l'école de médecine de Reims, Demange, médecin aide-major de 2e cl., professeur agrégé de médecine de la Faculté de Nancy, Berger, médecin aide-major de 2e cl., professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, Pozzi, médecin aide-major de 2e cl., chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

Au grade de médecin aide-major de 1re classe. — MM. Leclerc, Crucis, Spiral, Baux, Carion, Seuvre, Bœckel, Grenel, Cartaz, Cahasse, Lelorrain, Bonnet, Champy, Richard, Wittmann, Lévêque, Bancel, Nacquard, Solmon, Grollemund, Peltier, Guelliot, Courtet, Liégeois, Beugnon, Michaut, Labache, Dehenne, Lapierre, Fagart, Planteau, Michel, Chatelin, Moulard, Métras, Grellot, Guérin, Guillaume, Teissier, Chavanis, Descoust, Fustier, Graux, Amodru, Gervais, Chouppe, Deffaux, Thorens, Goy, Gaillard.

Au grade de pharmacien-major de 2e classe. — M. Debionne, pharmacien aide-major de 2e cl., professeur titulaire à l'Ecole de médecine et de pharmacie d'Amiens.

Au grade de pharmacien aide-major de 1re classe. — MM. Calloud, Bardel, Malard, Poulet, Chateau, Gallard, Tailleur.

∴

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — Cette association tiendra sa treizième session annuelle dans la ville de Blois, du 4 au 11 septembre 1884, sous la présidence de M. Bouquet de la Grye, membre de l'Académie des sciences.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — Dans une de ses dernières réunions, cette Société vient de nommer :

1o *Membres titulaires.* — MM. le docteur Barthélemy, chef de clinique de la Faculté de médecine; Benoît, juge d'instruction; Bordier, avocat à la Cour d'appel; Bouchereau, médecin à l'Asile Sainte-Anne; Albert Liouville, docteur en droit; le docteur Socquet.

2o *Membre correspondant étranger.* — Le professeur do Masio, à Bahia.

Décès notifiés au bureau municipal de statistique de la ville de Paris du vendredi 25 au jeudi 1er mai 1884.

Fièvre typhoïde 39. — Variole 4. — Rougeole 55. — Scarlatine 4. — Coqueluche 14. — Dipthérie, croup 49 — Dysentérie 1. — Erysipèle 10. — Infections puerpérales 3. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 69. — Phthisie pulmonaire 244. — Autres tuberculoses 22. — Autres affections générales 44. — Malformation et débilité des âges extrêmes 48. — Bronchite aiguë 26 — Pneumonie 93. — Athrepsie gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 16, — au sein et mixte 18. — Inconnu 10. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 102. — de l'appareil circulatoire 85. — de l'appareil respiratoire 80. — de l'appareil digestif 46 — de l'appareil génito-urinaire 27. — de la peau et du tissu lamineux 2. — des os, articulations et muscles 5. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 24. — Causes non classées 13. — Total de la semaine : 1153 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Traité des déviations utérines, par le docteur B.-S. Schultze, professeur de gynecologie à l'université d'Iéna et traduit de l'allemand et annoté par le docteur F.-J. Herrgott, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Nancy. Un beau volume in-8 de 470 pages, avec 120 figures dans le texte. — Prix : 10 fr. — Paris, librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon.

Chirurgie des enfants, leçons cliniques professées à l'hôpital des Enfants-Malades par le docteur L. A. de Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades, recueillies et publiées par le docteur Pierre-J. Mercier, médecin-consultant à Bourbonne-les-Bains, ouvrage contenant 100 figures gravées sur bois intercalées dans le texte. — Prix : 15 francs. — Paris. H. Lauwereyns, libraire-éditeur, G. Steinheil, successeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille, par le docteur Bernheim, professeur à la Faculté de médecine de Nancy. Grand in-8 de 110 pages. — Prix : 3 fr. — Paris, librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon.

Traité de l'affection calculeuse du foie, par le docteur Jules Cyr, 1 vol. in-8-. — Prix : broché 4 fr. — Cartonné 4 fr. 50. — Librairie Adrien Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Etude sur les eaux potables et le plomb, par A. Hamon, 1 vol. in-8. — Prix : 1 fr. 50. — Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7. rue Rochechouart. Paris.

55e année. 7e série. Tome Ier. N° 20 17 MAI 1884

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr F. de RANSE;
Membres : MM. les Drs J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN;
Secrétaire : M. le Dr E. RICKLIN.

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

CLINIQUE CHIRURGICALE

DES AIGUILLES INTRODUITES DANS LES TISSUS. — DE LA MANIÈRE DE LES EXTRAIRE, par M. A. DESPRÉS, chirurgien de la Charité. (Leçon recueillie par M. Demoulin, interne du service.)

Vous avez vu ces jours derniers deux femmes venir nous consulter au sujet d'aiguilles qu'elles s'étaient introduites sous la peau et qu'elles n'avaient pu extraire elles-mêmes.

Chez l'une, l'aiguille était solidement fixée dans les tissus, chez l'autre elle était mobile. Ma conduite a été différente dans ces deux cas, que je vais vous rapporter brièvement.

La première malade, âgée de vingt-cinq ans environ, couturière, en frappant sur une table avec la paume de sa main, avait eu la malechance d'y rencontrer une aiguille qui avait pénétré à la base du médius gauche dans la paume de la main.

L'aiguille s'était brisée en rencontrant la première phalange de ce doigt où elle était restée fixée. Notre malade n'ayant pu enlever le fragment vint nous consulter seulement deux jours après l'accident. A cette époque, un gonflement assez considérable s'était produit à la base du médius gauche et le fragment d'aiguille avait complètement disparu au milieu des tissus enflammés.

Après avoir interrogé la malade pour apprendre d'elle ce que je viens de vous rapporter, je lui demandai quel était le point où l'aiguille avait pénétré. En appuyant sur l'endroit indiqué, où existait du reste un petit point rouge, j'ai provoqué une douleur très vive, aussi intense que celle que la malade avait ressentie lors de l'accident qui l'amène auprès de nous.

Cette douleur, vous le comprenez, messieurs, était le résultat de la piqûre des tissus par le fragment d'aiguille, piqûre nouvelle déterminée par la pression que j'exerçais au point indiqué par la malade. De plus, en appuyant sur la face palmaire de la base du médius avec mon index droit, j'ai senti une résistance bien nette, qui m'annonçait, d'une façon aussi certaine que la douleur, la présence du corps étranger.

Quelle a été ma conduite ? J'ai fait sur la face palmaire de la paume de la main, à la base du doigt, une incision de 1 centimètre intéressant la peau ; j'ai écarté un peu les lèvres de la plaie et j'y ai introduit les mors d'une pince à ligature d'artères. J'ai alors senti une résistance analogue à celle que je percevais à la surface de la peau non incisée et me permettant d'affirmer la présence d'un corps dur.

J'ai saisi ce qui résistait et en tirant assez fortement j'ai amené au dehors le fragment d'aiguille qui mesurait 1 centimètre 1/2.

J'ajoute que quelquefois on distingue nettement l'aiguille au fond de la plaie et que dans quelques circonstances elle se

FEUILLETON

FEUILLES VOLANTES

Les microbes brésiliens. — Les écueils et les pilotes de la science. — La prudence et la logique. — Une statue à Fabrice d'Acquapendente. — Mort d'un vieux médecin spiritualiste. — Mort d'un jeune médecin positiviste. — Débuts botaniques d'un professeur de pathologie. — Les deuils de la chimie française. — J.-B. Dumas et Ad. Wurtz.

Avril-mai.

On est heureux de constater qu'il existe au delà de l'Atlantique, dans l'Amérique méridionale, au Brésil, un centre scientifique qui a déjà montré à maintes reprises que les plus actuelles investigations des savants du vieux monde sont suivies là-bas avec le plus vif intérêt. Mais les Brésiliens tiennent décidément à faire mieux que de rester simples élèves en ces questions de pathologie microbienne.

Ils aspirent, eux aussi, et pourquoi pas? à jouer un rôle actif dans les conquêtes de la science, et ils s'efforcent avec ardeur de découvrir les microbes des maladies qu'il leur est donné plus souvent qu'à nous d'observer. Après M. de Lacerda, qui a cru se rendre maître du microbe du béribéri, voici que M. Domingos Freire annonce qu'il a découvert non seulement le microbe de la fièvre jaune, mais encore le moyen de se mettre à l'abri des atteintes du *vomito negro*, par une nouvelle vaccination imitée sinon directement de Jenner, du moins de M. Pasteur.

Avec sa verve habituelle, M. Rochard a fait l'autre jour devant l'Académie de médecine (1) des réserves prudentes sur cette découverte. Et nous ne saurions trop l'approuver; car, nous semble-t-il, nous prêterions par trop à rire à la postérité si nos grands corps scientifiques s'empressaient d'apostiller des résultats obtenus isolément et dans des cas où le contrôle est en quelque sorte impossible.

***

(1) V. le COMPTE RENDU GÉNÉRAL DES ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS MÉDICALES, no 19, p. 190.

présente sous la forme d'un point noir. Ce sont là des constatations qui rendent l'extraction encore plus facile.

Remarquez, messieurs, qu'ici j'avais affaire à un corps étranger solidement fixé et que par cela même j'étais autorisé à pratiquer une incision pour aller à sa recherche.

Dans le second cas, où je me suis comporté autrement, il s'agit encore d'une jeune femme exerçant la profession de blanchisseuse.

A la suite d'un coup qu'elle avait reçu sur la région mammaire gauche, une aiguille qu'elle portait à son corsage s'introduisit obliquement dans son sein et disparut complètement sous la peau. Ce cas de pénétration oblique est le plus fréquent; néanmoins j'ai observé un cas où l'aiguille avait pénétré perpendiculairement dans la mamelle. Ici l'aiguille avait pénétré dans le sein après avoir perforé la peau; mais on a observé des cas où des aiguilles s'étaient rencontrées dans cette région bien qu'elles aient été introduites dans un autre point des tissus, voire même par le tube digestif. Les observations de Villars, de Silvy (Dict. en 60 vol.), vous en fournissent des exemples, de même que la relation du docteur Otto (de Copenhague). Dans ce dernier cas, chez une jeune fille qui avait avalé des aiguilles en grand nombre, 295 de ces aiguilles furent extraites en dix-huit mois des différentes parties du corps. On en retira 22 dans le sein gauche.

Du reste, la migration des corps étrangers à travers les tissus est un fait bien connu; il est toutefois extraordinaire de voir combien les organes les plus importants supportent facilement leur passage, sans même trahir leur présence par aucun phénomène morbide.

Je vous rappellerai à ce propos un fait que j'ai observé à Cochin. Il s'agit d'un adolescent (l'observation a été publiée) qui, ayant la jambe fléchie sur la cuisse, tombe sur la face antérieure du genou et s'enfonce dans cette articulation une longue aiguille à repriser. Quatre jours après l'accident, ses parents l'amènent à la consultation, racontent l'accident et font remarquer que le jeune homme n'a pas cessé de marcher depuis sa chute sur le genou. Le petit malade se plaint d'une douleur assez vive dans le creux poplité; j'explore la région et je puis facilement y reconnaître la présence d'une aiguille et l'extraire sans difficulté. Ainsi ce corps étranger avait traversé en quatre jours l'articulation du genou sans amener de gêne dans les mouvements, sans provoquer la moindre inflammation.

La migration des aiguilles est souvent très rapide; cependant elles peuvent se fixer momentanément dans les os et ne reprennent leur marche que lorsque les parties où elles étaient implantées se nécrosent.

Mais revenons, messieurs, à notre malade. Il s'agit, vous ai-je dit, d'une aiguille implantée dans le sein gauche et ayant disparu sous les téguments.

La malade est venue nous consulter quatre jours seulement après l'accident. Elle était allée voir un médecin qui avait pratiqué une incision d'un centimètre au *point d'entrée de l'aiguille* et qui, malgré d'attentives recherches, n'était arrivé à aucun résultat.

La malade nous a fourni un renseignement de la plus haute importance : elle sentait son aiguille, et en explorant sa mamelle nous avons pu constater à notre tour la présence du corps étranger.

Que fallait-il faire ? Une incision ? Non. Les téguments sont mobiles ici, et bien qu'en les fixant avec précaution il arrive qu'une fois l'incision faite la plaie créée par le chirurgien ne correspond pas à l'aiguille.

On explore cette plaie et on n'abontit à rien.

Voici ce que j'ai fait et ce que je vous conseille de faire en pareille circonstance. La présence de l'aiguille étant bien constatée, il faut faire tout son possible pour la saisir dans le sens de la longueur, et appuyer alors sur ses deux bouts. D'un côté on sent un léger craquement en même temps que la malade accuse une douleur plus vive en ce point que dans celui où l'on n'a pas perçu de craquement. Là, où se trouvent le petit craquement, la douleur plus vive, là aussi se trouve la pointe. Il ne reste plus qu'à appuyer sur la tête de l'aiguille; la pointe sort bientôt à travers les téguments. Saisissez-la avec vos doigts ou avec une pince, tirez avec précaution, et vous aurez l'aiguille.

Ici nous avions affaire à une aiguille mobile dans les téguments; je n'ai pas fait d'incision, n'en faites jamais en pareille circonstance. Vous n'êtes autorisé à agir de la sorte que quand le corps étranger est fixé dans les tissus, comme dans le premier exemple que je vous ai rapporté.

Laissez-moi vous rappeler en terminant qu'il est des cas où

La science ne doit pas suivre la mode; elle doit rester dans les régions sereines de l'observation, encourageant les audacieux, soutenant les défaillances, mais avertissant les téméraires et signalant les précipices où ils risquent de s'engloutir.

En présence de la faveur, je pourrais dire de l'engouement qui accueille en ce moment les inventeurs ou *découvreurs* de microbes, on excuse les explorateurs qui s'embarquent sur des mers inconnues et qui, apercevant des *bâtons flottants* sur l'onde, s'imaginent et publient qu'ils ont fait quelque grande découverte, sans attendre la vérification.

On les excuse, on a des trésors d'indulgence pour ces aventureux poursuivants d'idéal. Mais, dans l'intérêt de la science, il est bon qu'il se rencontre dans le sénat académique quelque vieux marin qui serve de nocher à ces trop hardis matelots, qui leur indique les écueils, et au besoin leur tende une main secourable lorsqu'ils les voit près de soombrer.

***

Combien aurions-nous besoin, et plus que jamais, qu'on instituât une chaire de logique scientifique qui nous apprendrait tous les jours à ne jamais faire dire à nos observations que ce qu'elles peuvent dire, à ne donner la conclusion d'une expérimentation que lorsqu'une contre-épreuve a été exécutée, à ne pas généraliser les déductions que l'on peut tirer en toute justice d'un fait particulier, à ne pas prendre la partie pour le tout, l'exception pour la règle, etc., etc. !

Voilà quelle devrait être, à mon sens, la chaire qui serait appelée à rendre le plus de services à la science. Et le Collège de France ne serait pas trop grand pour y recevoir comme auditeurs les savants, physiologistes, médecins, pharmaciens, etc., etc., qui concluent trop vite ou qui donnent trop d'extension à leurs conclusions, ou encore ceux qui nient à la hâte, considérant comme impossible et refusant de croire ce qu'ils ne peuvent s'expliquer au premier abord, etc., etc.

***

L'Italie est jalouse de ses gloires. Il y a quelques années, elle avait ouvert une souscription destinée à élever une statue à son célèbre physiologiste, au principal créateur de la physiologie expérimentale, à l'abbé Spallanzani, dans sa ville natale, à Scan-

il ne faut pas chercher à extraire une aiguille que les malades prétendent avoir dans les tissus et qu'ils affirment sentir.

Toutes les fois qu'en appuyant fortement sur un point où le patient affirme qu'il est entré une aiguille vous ne provoquez pas de douleur vive; quand, malgré vos investigations, vous ne sentez pas l'aiguille, ne cherchez pas à enlever ce corps étranger; d'abord parce qu'on a vu des gens affirmer qu'ils avaient des aiguilles dans les tissus alors qu'ils n'en avaient pas, ensuite parce que l'aiguille, au moment où on vient vous consulter, peut avoir cheminé loin du point d'entrée où portent vos recherches.

Je n'ai que peu de chose à ajouter à propos des épingles.

Il est rare que les épingles pénètrent dans les tissus comme les aiguilles, parce que la tête dont elles sont pourvues ne leur permet point de traverser la peau.

Cependant il peut arriver qu'elles se cassent, et alors elles se comportent absolument comme des aiguilles.

Leur migration à travers les tissus est aussi la même que celle des aiguilles. Dans l'observation de Villars où comme dans celle d'Otto, il s'agit d'une jeune fille qui avait avalé une grande quantité d'aiguilles et d'épingles, on lit que : « les épingles avançaient plus vite que les aiguilles ; la malade distinguait la progression des aiguilles plus douloureuse, malgré sa lenteur, que celle des épingles ». Cette assertion mérite confirmation.

Quant aux aiguilles et épingles introduites dans la vessie, l'uréthre, etc., leur histoire est aussi intéressante; j'aurais bien des choses à en dire, mais ce serait sortir du cadre que je me suis tracé.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE PAR LE SEIGLE ERGOTÉ, par le docteur Amédée CHASSAGNE, médecin major de 1re classe.

Suite et fin. — Voir les numéros 16, 17 et 18.

DOSAGE. — Il nous a paru, comme à M. Duboué (de Pau), qu'une dose quotidienne de 2 à 3 gr. de poudre fraîche en une seule fois n'a rien d'excessif et doit être donnée d'emblée dans les cas graves. Il importe de la continuer quotidiennement pendant le plateau et tant que la défervescence ne s'établit pas.

Celle-ci se produisant d'une manière bien franche, on diminuera la dose graduellement en la relevant parallèlement à la recrudescence thermique et symptomatique.

Il nous a semblé que huit doses quotidiennes au moins sont nécessaires pour que l'ergot de seigle agisse nettement sur la température, le pouls, et amène cette cyanose de la face et ce refroidissement des extrémités (les malades avaient toujours « froid aux pieds ») témoins d'un début d'ergotisme. Encore à ce moment, si on cesse la médication, les accidents graves peuvent reparaître.

Nous ne saurions donc trop recommander de ne pas employer l'ergot 2 ou 3 fois en *essayeur* et de le cesser en le condamnant parce qu'il n'a pas jugulé.

Ces expérimentations de « quelques doses », qui sont le fléau de toutes les méthodes, seraient particulièrement dangereuses en celle-ci, qui exige de la suite et de la continuité.

Aussi pensons-nous que le meilleur mode d'expérimentation de contrôle consistera à continuer le remède jusqu'à cessation de l'alitement et à établir les pourcentages de mortalité qui, nous sommes fondés à le croire, seront vraisemblablement moins élevés que par les autres méthodes (1).

Il importe que la poudre soit fraîchement préparée et conservée dans un flacon sec, bouché à l'émeri ; il n'y a aucun avantage à lui substituer les diverses ergotines, qui ne sont que de simples extraits et exigent des doses aussi fortes.

La poudre se prend bien, à la condition de l'administrer *à jeun* dans une cuillerée à bouche de bouillon, de thé ou de vin de cannelle dont on fait boire un verre aussitôt après pour nettoyer les dents et les culs-de-sacs gingivaux.

Il ne nous a pas paru qu'il y eût contre-indication à conti-

(1) Depuis que ces lignes ont été écrites, nous avons soigné 47 nouvelles fièvres typhoïdes à l'hôpital militaire de Nancy ; la mortalité a été de 3 décès. Bien que ce chiffre ne soit pas élevé, l'absence d'un traitement différent dans un service parallèle, le grand nombre de malades résultant de ce fait qu'il n'y avait qu'une seule division de fiévreux et jusqu'à 110 présents à la visite du matin s'opposent à une conclusion rigoureuse et comparative.

---

diano. Nous ignorons si cette statue a été érigée. Peut-être même la souscription n'est-elle pas close encore, ce qui ne ferait pas honneur aux physiologistes de ce siècle qui se dit cependant le siècle de la physiologie.

Quoi qu'il en soit, une nouvelle souscription est ouverte en l'honneur de Jérôme-Fabrice d'Acquapendente, le glorieux anatomiste et chirurgien de la Renaissance, l'illustre professeur de l'université de Padoue, qui, après avoir eu le bonheur de recevoir les leçons de Vésale et de Fallope, eut l'honneur de leur succéder et d'avoir des élèves tels que Harvey.

Le dernier Bulletin de l'Académie de médecine mentionne une lettre de M. Paoletti sollicitant de l'Académie une offrande pour l'érection d'un monument à Jérôme Fabrizio, mais il ne nous est rien dit de l'accueil fait à cette demande.

Quelle somme l'Académie a-t-elle donnée ou promise? *Chi lo sa?*

***

Le docteur Bertrand de Saint-Germain, qui est mort le mois dernier, était une bien curieuse figure, quoique sa disparition ait passé presque inaperçue. Écrivain soigneux, philosophe remarquable, érudit et à la fois lettré, il a laissé un certain nombre de travaux qui, à défaut d'autre mérite, auraient au moins celui d'une grande originalité. Son livre : *Des manifestations de la vie et de l'intelligence à l'aide de l'organisation* (Paris, 1848), est une belle œuvre, magistralement conçue, écrite avec une sérénité de platonicien, du style le plus pur et le plus élégant dans sa correction.

Jusqu'à son dernier ouvrage sur *Descartes considéré comme physiologiste et comme médecin* (1869), le docteur Bertrand de Saint-Germain a eu à cœur les hautes spéculations de théorie ou d'histoire médicale, ces ardus problèmes qui confinent à la fois à la physiologie et à la philosophie. Je ne saurais oublier de rappeler aussi que Bertrand de Saint-Germain a eu le mérite de faire connaître aux Français, par une consciencieuse traduction (1), ce remarquable travail de Leibniz dans lequel, sous prétexte d'écrire une introduction à une Histoire du Hanovre dont il s'était chargé et qu'il n'a pas eu le temps de mener bien loin, le philosophe alle-

(1) Sous ce titre : *Protogée, ou de la formation et des révolutions du globe*, avec une introduction et des notes. Paris, 1859.

nuer l'ergot en cas de complications thoraciques, mais ne dépassant pas l'hypostase simple et l'hypercrinie bronchique. Pour les pneumonies, surtout de plusieurs lobes ou doubles, nous ne nous prononçons pas.

Contre-indications et inconvénients. — Le principal inconvénient gît dans les nausées et vomissements : sur 82 cas, l'ergot de seigle a causé 29 fois de l'irritation gastrique manifeste, mais qui se calma après quelques jours par tolérance physiologique ou par addition à la poudre de 1 à 3 gr. de bicarbonate de soude.

Il n'en faudra pas moins tenir compte de ce fait dans la médecine des enfants chez lesquels le vomissement vient si vite.

Contre toute prévision, et alors qu'il agit bien dans les hémorrhagies intestinales, le médicament nous a paru sans action bien marquée sur les épistaxis, dont quelques-uns de nos malades ont eu jusqu'à 5, 6 et même 10 (Rivet) en plein traitement ergotique. Ce fait nous a paru digne de mention.

Par contre, la cyanose de la face, le froid aux pieds, des sueurs plus ou moins constantes et (fait sur lequel nous appelons surtout l'attention) un appétit marqué dès les débuts de la convalescence et qui contraste avec l'indifférence alimentaire dans laquelle flottent longuement beaucoup de typhoïdes semblent ressortir de son action (1).

Certes nous ne perdons pas de vue que, comme l'a fait remarquer notre maître, M. L. Colin, la fièvre typhoïde d'hiver et du Nord est moins grave que celle d'été et des pays méridionaux (nous l'avons vu nous-même en Tunisie). Ces conclusions ne portent donc que sur la latitude et le climat d'expérimentation. Dans le Midi, et surtout en Algérie, où il y a presque toujours alliage tellurique, la méthode quinique à haute dose de M. l'inspecteur Daga n'aurait-elle pas l'avantage ?

Serait-il prudent, dans la médecine des femmes, d'user, sinon de main bien délicate, de l'ergot de seigle ? Autant de points non vérifiés par nous et douteux.

Mais, pour des malades militaires jeunes et forts, il nous a semblé (sauf expérimentation et contrôle de nos distingués confrères), que ce médicament longuement continué donne des résultats supérieurs aux autres méthodes de traitement, celle de Brand exceptée peut-être.

Et comme la fièvre typhoïde tend à devenir l'épidémie de l'époque, comme l'ergot de seigle est plus pratiquement maniable que les balnéations froide ou tiède, qu'il n'en a pas les inconvénients, qu'il nous a semblé faire preuve d'une influence particulièrement marquée sur la rapidité du retour à l'appétit et de la convalescence, qu'enfin c'est un traitement facile, accessible aux hôpitaux et surtout aux pauvres ; pour ces divers motifs, il nous a paru de devoir et d'utilité professionnelle, sans faire de théorie, de publier les faits ci-dessus, simplement à titre de contribution et d'appel à des recherches nouvelles.

(1) Cette appétence précoce, qui prudemment tenue en bride aide puissamment à la réparation, nous paraît attribuable à l'excitation gastro-intestinale par l'ergot de seigle.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Rupture traumatique du tympan par cause indirecte ; otite moyenne suppurée consécutive, par A. Demoulin, interne des hôpitaux.

Observation. — La nommée P..., domestique, âgée de 28 ans, entre à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le docteur Desprès, le 18 janvier 1884.

Cette femme se plaint d'un écoulement de pus se faisant par le conduit auditif de son oreille gauche et s'accompagnant de douleurs vives dans l'oreille et la moitié correspondante de la tête.

Interrogée sur l'époque du début de sa maladie et sur les circonstances dans lesquelles elle s'est développée, voici ce qu'elle nous apprend :

A la suite d'une fièvre typhoïde qu'elle eut il y a quelques années, elle avait remarqué un léger degré de surdité de son oreille droite. Cet affaiblissement de l'ouïe du côté droit avait toujours persisté, mais il était si peu marqué que la malade percevait très distinctement et sans aucune difficulté les mots prononcés dans tous les tons habituels de la conservation ; il lui fallait, pour juger de la faiblesse relative de son oreille droite, procéder par comparaison, c'est-à-dire écouter le même bruit en se bouchant alternativement l'une et l'autre oreille.

Le 5 janvier, P... se prit de querelle avec une « amie » ; la discussion fut si vive que les parties en vinrent aux mains et que P... reçut de son adversaire un soufflet violemment appliqué sur son oreille gauche. Elle éprouva aussitôt une sensation d'étourdisse-

---

mande manifeste, pour ainsi dire, comme le précurseur de la géologie moderne. Dans cette œuvre, le génie de Leibniz se dévoile dans toute sa grandeur.

Le docteur Bertrand de Saint-Germain, né au Puy en 1810, est mort à l'âge de 74 ans.

***

Quelques semaines après la mort de ce médecin spiritualiste, qui nous quittait plein de jours, un des plus téméraires partisans de la philosophie d'Auguste Comte, le docteur E. Sémerie, s'éteignait, jeune encore, à Grasse, dans cette Provence où il était né en 1832.

Ancien interne de l'asile d'aliénés de Charenton, auteur d'une thèse tapageuse sur les *Symptômes intellectuels de la folie*, soutenue en 1867, Sémerie qui, sous l'Empire, avait déjà hautement manifesté ses opinions radicales, accepta, en avril 1871, d'être le directeur général des ambulances de la Commune.

Il était, si je ne me trompe, cousin de Dacosta, l'un des secrétaires de Raoul Rigault, et qui, à la suite de quelque dissidence insignifiante, le fit emprisonner et même condamner à mort, quelques jours avant l'entrée de l'armée de Versailles à Paris. Cette condamnation à mort sauva le médecin en chef des fédérés.

Par contre, Dacosta fut fusillé, et son fils passa et est resté sous la tutelle de son parent, le docteur Sémerie. Figure intelligente, brun à profil accentué, Sémerie était tout d'une pièce utopiste, mais franc, honnête et bon.

***

Tout chemin mène à Rome, dit un proverbe des plus vulgaires, qui m'est venu l'autre jour à l'esprit en ouvrant un petit opuscule de quelques pages (tirage à part du Bulletin de la Société botanique de France, séance du 12 novembre 1858), sur les *Bourgeons axillaires multiples dans les dicotylédones*.

Cet opuscule est signé Théodore Damaskinos (*sic*) et Achille Bourgeois.

On le trouvera cité par M. Charles Martins, dans la 9e édition des *Eléments de botanique* d'Achille Richard (p. 109) Et voilà qu'après avoir donné les premiers gages de son amour à la botanique et lui avoir fait peut-être promesse de mariage, M. Damaschino est aujourd'hui devenu professeur de pathologie interne

ment puis de vertige qui dura dix minutes environ. Au bout de cet intervalle, elle ressentit une douleur très vive dans le fond de l'oreille en même temps qu'elle entendait un bruit de cloches des plus intenses. L'ouïe du côté gauche était complètement abolie. En portant le doigt à son conduit auditif, elle en retira une gouttelette de sang. Cette hémorrhagie fut très légère ; elle ne persista pas et s'arrêta spontanément.

Quelques instants après le traumatisme, la malade fut prise d'une céphalalgie des plus pénibles. Il lui semblait, dit-elle, que sa tête était serrée comme dans un étau, et elle indique que cette sensation de constriction était surtout marquée au niveau des régions pariétales.

Le lendemain de l'accident, P... remarqua en se mouchant qu'il se produisait dans son oreille un bruit de sifflement Comme les douleurs de tête et les douleurs d'oreille persistaient, elle alla consulter. L'application d'un vésicatoire derrière l'oreille lui fut conseillée.

Le 8 janvier, après une nuit d'insomnie (tant les douleurs se montraient vives et continues), l'écoulement de pus par l'oreille commença à se produire. Des injections d'eau de pavot lui furent alors ordonnées. Elle suivit ce traitement jusqu'au 18 janvier ; c'est alors que, les douleurs lancinantes dans l'oreille persistant, l'écoulement de pus ne tarissant pas et la surdité restant complète, elle se décida à entrer à l'hôpital.

A son arrivée, on constate une otorrhée purulente très marquée. Si l'on ordonne à la malade de souffler fortement, la bouche fermée, et en s'opposant à l'issue de l'air par les narines, on entend dans l'oreille gauche un gargouillement pendant lequel le pus s'échappe en plus grande abondance ; en répétant l'expérience, on peut s'assurer que le courant d'air sortant du conduit auditif est assez intense pour impressionner la flamme d'une bougie placée au-devant de l'orifice externe.

Ni le pavillon ni la région mastoïdienne ne sont tuméfiés ni douloureux à la pression. Le pharynx ne présente pas non plus trace d'inflammation. Néanmoins la malade accuse toujours des élancements fort pénibles dans l'oreille et la partie latérale gauche du crâne. La surdité est toujours complète ; la malade ne perçoit le bruit d'une montre que si on met celle-ci en contact avec la paroi crânienne.

Le traitement institué consiste en injections d'eau chaude pratiquées trois fois par jour.

Jusqu'au 1er février, l'écoulement de pus, les irradiations douloureuses, ne subissent aucune modification. Mais, à partir de ce jour, les douleurs deviennent intermittentes, de continues qu'elles étaient ; elles perdent aussi ce caractère d'acuité qu'elles avaient conservé jusque-là ; enfin l'écoulement de pus diminue progressivement, et le 15 février il a définitivement disparu.

En faisant souffler la malade, on entend encore un sifflement dans l'oreille ; en plaçant la main au-devant de l'orifice externe du conduit auditif, on perçoit nettement le courant d'air. La perforation persiste donc toujours aussi étendue.

La surdité est restée complète.

La malade sort, sur sa demande, le 18 février.

Le 1er avril, la malade s'est de nouveau présentée à nous. Aucun nouvel accident ne s'est produit. Il n'y a plus ni suppuration ni douleur, mais l'ouïe n'est pas améliorée ; la malade est toujours tout à fait sourde.

Réflexions. — Le mécanisme qui a présidé à la rupture du tympan dans le fait que nous venons de rapporter est évidemment celui généralement invoqué dans les cas de ce genre. La main qui vient frapper le pavillon de l'oreille agit en quelque sorte à la façon d'un piston qui comprimerait brusquement la colonne d'air contenue dans le conduit auditif, forçant ainsi la membrane du tympan à se déchirer sous l'effort. Bien que des observations analogues aient été publiées par Reber, von Trœltsch, Toynbee, etc., les exemples de cette variété de rupture traumatique du tympan par cause indirecte se comptent encore. Aussi bien l'intérêt du cas que nous venons de relater réside-t-il surtout dans la rareté même du fait clinique.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Trichine et trichinose aux États-Unis d'Amérique, par M. le docteur de Pietra-Santa.

Dans le travail qu'il a présenté mardi dernier à l'Académie de médecine (1), M. de Pietra-Santa a analysé de nombreux et importants documents (Lettres de MM. Billings, Brown, H. Young, de Wolf ; message du président Arthur au Congrès ; rapport du ministre d'Etat M. Frelynghuysen ; conclusions de la Commission officielle d'enquête, etc.), sur l'élevage des porcs, les procédés de conservation des viandes et l'état de la trichinose aux Etats-Unis. Cette question n'a encore rien perdu de son actualité, et on lira avec intérêt le résumé sui-

(1) V. le dernier numéro du Compte rendu général.

à la Faculté de médecine de Paris. Ainsi vont les choses de ce monde et les juvéniles aspirations !

« Mais où sont les neiges d'antan ? »

* * *

La chimie française est en deuil. Deux de ses plus illustres représentants viennent de mourir à quelques semaines d'intervalle. Tous les deux avaient occupé la chaire de chimie à la Faculté de médecine de Paris ; tous les deux avaient été membres du Sénat, l'un sous l'Empire, l'autre sous la République.

J.-B. Dumas s'était depuis longtemps déjà retiré en quelque sorte de la science active. C'est vers 1854 qu'il cessa de professer à la Faculté de médecine ; il gardait cependant le titre de professeur honoraire qui lui permettait de jouer un rôle dans les grandes circonstances quand, par exemple, il s'agissait d'élire un nouveau professeur.

Secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences depuis la mort de Flourens, J.-B. Dumas faisait aussi partie depuis 1875 de l'Académie française, où il avait remplacé Guizot. Il est mort comblé de jours, comblé aussi de titres et d'honneurs.

J.-B. Dumas avait toujours porté haut le culte de la science, et la chimie organique lui doit bien des découvertes. Par son style sobre, correct, pur et d'une sévère élégance, J.-B. Dumas ne faisait pas tache dans la première classe de l'Institut.

* * *

Adolphe Wurtz avait été l'un des plus dévoués élèves de Dumas. Il fut son successeur dans la chaire de chimie médicale de la Faculté. Il n'a pas tardé à suivre son maître dans la tombe.

Wurtz était le professeur sémillant. Il allait, venait, devant son auditoire, se retournant brusquement, la tête relevée vers les hauteurs de l'amphithéâtre. Il souriait et restait souriant même lorsque, ayant annoncé que telle réaction allait se produire, une réaction inattendue se manifestait. Il saisissait alors son verre à expériences et le promenait d'un air triomphal ; nullement humilié par sa déconvenue, le professeur semblait heureux d'étaler devant son auditoire sa propre surprise. Ne cherchant pas toujours à expliquer les causes de l'insuccès, il se contentait de recommencer l'expérience.

Le voilà au tableau, traçant à la craie des équations chimiques ;

vant, dans lequel notre confrère a condensé les points principaux de son travail :

1° L'extension considérable, aux Etats-Unis, de l'élevage et de la production de la race porcine. (Les statistiques du Ministère de l'agriculture donnent, pour 1883, le chiffre de 43,270,086 têtes ; on en compte 10 millions en Russie, 7 en Allemagne et 6 en France.)

Cet élevage se fait partout dans les conditions les plus favorables, et le croisement des races se pratique avec la plus grande sollicitude. Les fermiers, convaincus que le cochon est l'animal le plus délicat de la ferme, ne négligent rien pour lui assurer des abris sains, des litières sèches et renouvelées, de gras pâturages, de l'eau pure en abondance, et enfin des grains de bonne qualité pendant la période d'engraissement qui précède leur envoi sur les marchés publics, et dans les grands établissements d'approvisionnement et d'exportation de l'Ouest. D'utiles précautions sont aussi prises par les fermiers pour isoler les animaux malades, et après la mort, pour brûler ou enterrer leur corps ;

2° La production des grains (maïs (*corn*,) blé, orge, avoine) a augmenté en raison directe des progrès de l'industrie porcine et de la prospérité agricole. (Elle a triplé en trente ans.) La récolte de 1881 se chiffre par 1,194,916,000 boisseaux (*bushels*) représentant, en numéraire, une valeur de 759,482,170 dollars, soit plus de 4 milliards de notre monnaie ;

3° Le transport des animaux, de la ferme aux magasins généraux, s'effectue toujours par voies rapides, sur des bateaux, ou dans des wagons convenablement aménagés à cet effet ; à leur arrivée sur la plate-forme des *stock-yards*, les porcs malades, boiteux ou fourbus sont refusés et livrés à des manufactures pour la production de la graisse à bon marché (*cheap grease);*

4° Le séjour des porcs dans les *stock-yards* est très court, et comme ils ont été suralimentés au moment du départ, comme ils reçoivent des grains et de l'eau pendant le voyage, il n'est plus nécessaire de leur jeter en pature, comme autrefois, les débris des animaux (*offal*, sang, viscères, intestins, etc.), qui ont été sacrifiés les jours précédents. D'ailleurs, ces débris intestinaux (*offal*) traités actuellement à une haute température, sont utilisés, plus à propos, comme engrais pour fertiliser les champs ;

5° A Chicago, l'un des plus grands centres d'approvisionnements (c'est par là que se fait le tiers du commerce total de l'Union), les établissements sont installés et aménagés de manière à recevoir jusqu'à 60,000 têtes par jour. Des engins mécaniques, des appareils et des instruments spéciaux, prennent l'animal sur pieds, l'enlèvent, le tuent et le lancent dans les chambres de découpage et de dépeçage, d'où il sort au bout de quelques heures pour passer dans les ateliers de salaisons ;

6° Les procédés de conservation des viandes consistent dans la salaison par la saumure (couches alternatives dans des barils de quartiers de porc et de sel, comprimées à basse température) et par le saupoudrement de sel à sec (*dry-salting*), qui s'applique plus particulièrement aux jambons destinés à l'Europe. Le temps de préparation complète varie de vingt à quatre-vingt-dix jours. Les sels sont fournis par l'Amérique. Le premier type est le *solar-salt*, fabriqué à Syracuse N.-Y.; le second, le *seas-alt*, recueilli à Turk-Island ;

7° Le chiffre annuel des porcs tués pour la consommation indigène (deux tiers), et pour l'exportation (un tiers), s'élève à 30 millions de têtes (poids moyen de 175 livres). Toutes les classes de la société font un usage journalier des divers produits du cochon (porc frais, jambon, lard, saindoux, etc.), mais les populations agricoles y trouvent leur principale nourriture ;

8° Malgré cette consommation prodigieuse qui représente le quart de la production porcine du globe entier, l'infection trichineuse, entièrement inconnue dans les fermes et campagnes de ce vaste territoire, n'a fait que des ravages très restreints dans les agglomérations urbaines ;

9° De l'enquête minutieuse poursuivie par tous les bureaux de statistique et d'hygiène des divers Etats ou des grandes villes (*State or City Boards of health*), il résulte :

a. Que le chiffre 2 p. 100 représente très approximativement la condition actuelle des porcs américains vis-à-vis de la trichine ;

b. Qu'au cours de ces vingt dernières années on compte à peine une trentaine d'invasions (*outbreaks*) de la trichinose. (On ne peut raisonnablement pas donner le mot d'épidémie à une affection qui n'atteint que deux ou quatre personnes à la fois dans une même localité.)

c. Que tous les Etats de l'Union n'ont pas été également frappés ; la maladie n'a jamais été observée dans les Etats

---

il a besoin du linge qui sert à effacer ; il le cherche, s'en sert, puis, dans le feu de sa démonstration, il lance derrière lui le linge qui vient d'effacer et qu'on a vu voler parfois jusque vers les hauts gradins de l'amphithéâtre.

Apôtre de la notation atomique, Wurtz a eu le mérite de rendre plus facile l'étude de la chimie en la rendant plus attrayante. Car, bien mieux que la notation par équivalents, la théorie atomique me paraît réclamer le concours de l'intelligence et par conséquent soulager d'autant la mémoire.

Très adroit aux exercices du corps, Wurtz, au plus fort de ses recherches chimiques, n'hésitait pas à consacrer près d'une heure tous les jours au trapèze.

Né à Strasbourg en 1817, Wurtz n'avait pas atteint 67 ans ; il laisse cependant après lui une œuvre considérable. La chimie française est en deuil.

Dr PETER-PAUL SOMANS.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret du 14 mai 1884, ont été promus dans le corps de santé militaire les médecins militaires dont les noms suivent :

1° *Au grade de médecin principal de 1re classe* : MM. Guillemin, médecin principal de 2e cl. à l'hôpital militaire de Nancy ; Sala, médecin principal de 2e cl., médecin-chef de l'hôpital militaire de Toulouse.

2° *Au grade de médecin principal de 2e classe* : MM. Réech, médecin-major de 1re cl. au 56e rég ment d'infanterie ; Talon, médecin-major de 1re cl. des hôpitaux militaires de la division d'Alger; Morisson, médecin-major de 1re cl. provisoirement à l'hôpital militaire de Lille.

3° *Au grade de médecin-major de 1re classe* : MM. Luhanski, médecin-major de 2e cl , professeur agrégé de l'Ecole de médecine et de pharmacie militaire ; Charier, médecin-major de 2e cl. au 58e régiment d'infanterie ; Lacassagne, médecin-major de 1re cl. hors cadre, professeur à la Faculté de médecine de Lyon ; Renaud, médecin-major de 2e cl. des hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie ; Anziani, médecin-major de 2e cl. au 2e régiment de chasseurs à cheval ; Plaisant, médecin-major de 2e cl. au 135e régiment d'infanterie.

4° *Au grade de médecin-major de 2e classe* : MM. Darde, Baills, Levêque, Riff, Larroque, Lasserre, Liron, Girard et Mackiewicz.

de: Alabama, Arkansas, Californie, Delaware, Kentucky, Minnesota, Louisiane, Maryland, Pensylvanie, Virginie, Rhode-Island, Tennessee, etc., etc.

Les cas enregistrés dans l'Illinois, le Connecticut, l'Iowa, le Massachussets, le Michigan, le Wisconsin, l'État de New-York, ne dépasse pas le chiffre de 200, ayant occasionné une *trentaine* de décès;

d. Que constamment la maladie a suivie l'ingestion des viandes de porc crues, ou imparfaitement cuites, n'ayant subi, les unes comme les autres, aucune préparation préliminaire;

e. Que ces décès ont frappé, dans la très grande majorité des cas, des personnes de nationalité allemande, ayant apporté au delà des mers leurs dangereuses habitudes d'alimentation par des viandes crues;

f. Que les populations américaines qui consomment les produits du porc, à un degré de complète cuisson, restent aussi indemnes de la trichinose que celles de France.

10° L'histoire naturelle de la *trichina spiralis* nous apprend qu'elle n'a pas de période d'existence en dehors de l'animal. Tout porc infecté l'est devenu, ou en mangeant le tissu musculaire d'un animal envahi de la même façon par le parasite, ou en cherchant sa nourriture dans les *excreta* d'un animal récemment infecté. Il est plus que douteux que la trichine puisse se transmettre par des pâturages souillés, depuis un certain temps, par des substances excrémentitielles animales. Effectivement, lorsque la trichine arrive dans l'estomac, le kyste qui environne le ver se trouve détruit par les sucs gastriques; le parasite reste en liberté et acquiert tout son développement. C'est alors que s'opère l'imprégnation des femelles qui engendrent chacune une centaine de jeunes sujets. La plupart d'entre eux, en suivant les voies intestinales, pénètrent et cheminent dans les masses musculaires, pendant que d'autres, en compagnie de leurs parents, sont chassés au dehors avec les excréments; mais dans ces conditions, les jeunes, comme les vieilles trichines, ne peuvent se reproduire qu'après avoir pénétré dans un tissu musculaire où elles s'enkystent, en sorte que les larves trouvées dans l'estomac sont incapables d'occasionner des effets morbides appréciables.

11° Les procédés de conservation des viandes de porc, usités de nos jours, exercent précisément leur première action sur ces capsules ou kystes qui s'imprègnent fortement de sel, en immobilisant le parasite, qui meurt au bout de quelques semaines. Dans cet intervalle, le microscope peut parfaitement déceler sa présence dans une viande conservée, mais ses mouvements ne sont, pour ainsi dire, qu'automatiques, et dus à des phénomènes purement physiques; en tout cas, cette trichine n'a plus assez de vitalité pour se reproduire dans l'organisme humain. Elle reste inoffensive, alors même que la viande qui la renferme serait consommée à un faible degré de cuisson.

12° La maladie désignée sous le nom de *plague* ou *choléra* des porcs, inconnue aux Etats-Unis avant 1850, n'est pas aussi terrible que l'ont prétendu certaines statistiques. Le virus du choléra des porcs n'est, à aucun degré, dangereux pour la santé de l'homme.

D'ailleurs, l'inspection des viandes malades ou contaminées s'exerce partout avec trop de vigilance pour que l'on puisse craindre de rencontrer, sur les marchés de l'Union, des animaux morts de cette maladie. Dans de pareilles conditions, l'existence du choléra des porcs ne peut, en aucune façon, entrer en ligne de compte pour justifier les mesures prohibitives qui frappent en Europe l'importation des salaisons américaines.

13° Dans l'Illinois, une surveillance sérieuse est exercée à toutes les périodes de l'arrivage des porcs, des tueries, du dépeçage, de la salaison, de l'emballage, du transport à bord des navires, par des inspecteurs désignés par les bureaux de santé d'état (*state board of health*) et par ceux nommés par les autorités communales (*officer of health*, *sanitary commissionner*).

Les grands établissements de Chicago ont aussi à leur service des micrographes préposés uniquement à la recherche de la trichine (*hunting for the parasite*), chassant le parasite.

Depuis quelques mois, ni ces employés, ni l'*officer of health* de la ville n'ont pu rencontrer dans leurs recherches et constatations des spécimens (*samples*) de trichines vivantes.

14° Voici la conclusion, au point de vue pratique, de la commission officielle d'enquête (MM. Loring, Blatchford, Chandler, Curtis et Salmon), conclusion déjà formulée précédemment par l'Association nationale des producteurs de l'Ouest, conclusion adoptée de même par le ministre secrétaire d'État (M. Freylinghuysen), et transmise au Congrès par un message du président, M. Chester A. Arthur :

« Bien que rien ne légitime les mesures restrictives ou prohibitives édictées à l'étranger contre l'introduction des viandes salées d'Amérique; bien que nous n'ayons qu'une confiance limitée dans la seule inspection microscopique, en raison des difficultés qu'elle présente et des frais qu'elle occasionnerait, nous sommes prêts à accepter ce service d'inspection, s'il peut devenir un moyen de résoudre la grave question de la liberté d'exportation. »

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Chirurgie.

GYNÉCOLOGIE OPÉRATOIRE. — CASTRATION CHEZ LA FEMME (*Beitrage zür operativen Gynækologie*), par MÜLLER.

L'auteur, professeur à Berne, donne les résultats de sa pratique gynécologique et en tire des conclusions importantes. Son objectif principal est la castration, dont il examine les indications successivement dans les corps fibreux et dans la dégénérescence aréolaire de l'ovaire (oopharite). A ce propos, il résume les divers traitement employés contre les myomes.

a. Myotomie simple, par laparatomie, lorsque la tumeur est bien pédiculée; le pronostic et le mode opératoire sont les mêmes que pour l'ovariotomie.

b. L'extirpation des parties génitales internes, lorsque la tumeur s'est développée dans l'abdomen, l'utérus lui formant une sorte de pedicule assez résistant pour être lié fortement.

c. L'énucléation par le vagin devra être pratiquée dans le cas de polypes fibreux ou de tumeurs interstitielles encapsulées, lorsque l'orifice du col se laissera distendre, quelle que soit du reste la mobilité de l'utérus.

d. Le traitement par l'ergotine répond à trois indications :

1° Lorsque le myome, tout en existant, ne détermine pas de symptômes assez intenses pour nécessiter une intervention opératoire;

2° Dans les cas où l'opération, tout en étant nécessaire, ne

peut être pratiquée, par exemple lorsque la tumeur a une base d'implantation très considérable où que la malade se refuse à se laisser opérer;

3o Dans les cas enfin où l'opération n'a pas été suffisante.

Ces indications posées, il semblerait qu'il ne reste plus rien pour la castration; mais l'auteur la pratique lorsque le traitement par l'ergotine a échoué, et il fait non seulement la castration, mais l'ablation des autres annexes utérins, ainsi que la ligature; il tenterait même la ligature élastique des gros vaisseaux de la tumeur, cherchant ainsi à assurer une sorte d'atrophie de celle-ci.

En résumé, la castration lui paraît propre à arrêter dans leur évolution les tumeurs. C'est donc lorsque la tumeur est encore petite qu'il faudra faire cette opération; l'ablation sera le procédé de choix pour les gros néoplasmes.

La castration est aussi indiquée dans d'autres maladies des ovaires retentissant sur les organes voisins ou sur l'état général, et c'est sur ces indications que l'auteur a opéré onze fois, par exemple, dans les cas d'oopborite ou dégénérescence kystique des ovaires. L'auteur décrit cette affection et, après avoir indiqué son procédé opératoire, il fait remarquer que toujours jusqu'ici il a été amené à enlever les deux ovaires.

Cancer colloïde de la mamelle. — *Ueber Gallertkrebs der Brustdrüse*, par Simmonds.

En relevant vingt observations, dont deux personnelles, Simmonds montre que quatre fois seulement les malades moururent sans opération de 11 à 14 ans après le début de la tumeur, alors que dans le cas de cancer mammaire simple les malades non opérées ne survivent pas plus de 27-32 mois (Sprengel, Winiwarter).

Le cancer colloïde est aussi rare au sein,—4 cas sur 1,200 cas de cancer mammaire, — qu'il est fréquent à l'estomac et dans l'intestin.

A l'autopsie, on trouvait la peau envahie, ainsi que la plèvre et les côtes, la dégénérescence des ganglions voisins et du foie.

Les malades opérées l'avaient été en moyenne un an et demi après le début des accidents. Deux fois seulement l'aisselle était envahie. Une seule fois la mort arriva à la suite de l'opération; les quinze autres opérées furent guéries. Chez cinq femmes, il ne s'était pas produit de récidive de 3/4 à 21/2 ans après l'opération, quoique dans un cas on n'eût fait que l'extirpation du noyau cancéreux.

En résumé, l'auteur se croit autorisé à dire que le cancer colloïde s'accroît plus lentement, envahit les ganglions de l'aisselle plus rarement, se généralise moins vite, récidive moins souvent après l'opération, en un mot est d'un pronostic plus bénin que les autres carcinomes mammaires.

Kyste hydatique du foie. — *Ueber Echinococcus subphrenicus mit Durbrueh in Lungen und Darmkanal*, par Güterbock.

Observation intéressante de kyste hydatique de la face connexe du foie s'ouvrant à la fois dans le poumon et dans l'intestin.

Lipome caudiforme de la région sacro-coccygienne. — *Ein Pseudoehwanz beim Menschen*, p. 101-112, par Bartels.

Une observation curieuse de lipome pendant caudiforme de la région sacrée, avec planches à l'appui, donne à l'auteur l'occasion de passer en revue les théories émises au sujet du développement de ces curieuses tumeurs.

Y a-t-il là vestige de la queue que présentent les animaux? Cette hypothèse ne peut plus se soutenir à l'heure actuelle (Roloff).

Cette tumeur poilue, qui ne contient rien d'osseux, de cartilagineux ou de musculeux, et est constituée presque uniquement par de la graisse, est très vraisemblablement un lipome. L'auteur croit même que, par un mécanisme analogue à celui des hernies graisseuses, ces productions pourraient être suivies de méningocèle.

Indications bibliographiques.

Polype de la trachée.

Gangrène spontanée testiculaire aiguë accompagnée de développement de gaz et simulant une hernie.

(Deutsche Zeitschrift für chir., vol. 20, fasc. 1 et 2.)

Dr Berthod.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de l'affection calculeuse du foie, par le docteur Jules Cyr.

Les coliques hépatiques, et l'affection calculeuse du foie dont elles sont la manifestation la plus caractéristique, sont un sujet d'études assez familier aux médecins de la station thermale de Vichy. Ceci s'explique par ces deux circonstances: que les coliques hépatiques et les calculs biliaires supposés généralement derrière elles, à tort ou à raison, sont un des sujets les plus fréquents de l'application du traitement thermal de Vichy, et en même temps un de ceux où ce traitement fournit les résultats thérapeutiques les plus remarquables et les mieux assurés. Deux de nos collègues de Vichy, M. Willemin et M. Sénac, avaient déjà publié sur le même thème deux monographies intéressantes.

M. Cyr n'a pas craint de revenir sur ce sujet.

Il était difficile de dire grand'chose de nouveau en pareille matière, et on ne saurait affirmer que M. Cyr ait précisément résolu certaines difficultés demeurées pendantes sur plusieurs points de la pathogénie, du diagnostic et de la thérapeutique des calculs biliaires. Mais son *Traité* fournit réellement une histoire très complète de la litbiase biliaire, et il se distingue, en outre de ses qualités pratiques, par une sincérité très manifeste et un caractère éclectique non dépourvu de sens critique, et qui est certainement le meilleur, alors que l'on ne se sent pas en mesure ou en disposition de résoudre magistralement des questions encore indécises.

La forme descriptive domine naturellement dans un ouvrage de ce genre et ne se prête guère à l'analyse. Je signalerai brièvement certains sujets qui prêtaient à la discussion et réclamaient quelques éclaircissements.

Le premier est relatif aux conditions déterminantes de la formation des concrétions biliaires. Il y en a sans doute de plusieurs ordres. M. Cyr les rattache à deux catégories: conditions susceptibles de modifier la composition de la bile; — conditions susceptibles d'entraver le cours de la bile. Les premières sont d'ordre chimique, les autres d'ordre physique; par suite, très différentes les unes des autres.

La bile est le double produit du travail des éléments anato-

miques du foie et des principes qui leur sont fournis par le sang, tel qu'il se trouve constitué, et sensiblement par le fait de l'alimentation. Nous voyons bien quels sont les éléments particuliers de la bile qui se rassemblent pour former les concrétions, en vertu soit d'une prédominance effective, soit d'une sélection difficile à expliquer. On saisit bien certaines circonstances physiologiques ou hygiéniques propres à rendre compte, jusqu'à un certain point, de la prédominance ou de la sélection de tels ou tels principes ; mais, à prendre l'ensemble des faits, ce ne sont guère que des vues spéculatives.

Il en est de même du caractère arthritique qu'on a voulu attribuer à la lithiase biliaire. « On pourrait admettre avec Bonchard, dit M. Cyr, que la lithiase biliaire serait, comme d'autres manifestations arthritiques, un des résultats du ralentissement de la nutrition. »

Telle est en effet l'opinion formelle du savant professeur de pathologie générale. Il est vrai que la lithiase biliaire se rencontre chez des arthritiques, comme elle se rencontre chez des sujets qui ne le sont pas. Il est bien possible qu'elle se rattache quelquefois à un tel état constitutionnel ; mais il est impossible de généraliser une semblable attribution à laquelle l'observation commune est tout à fait contraire.

M. Cyr, qui, sans se prononcer d'une manière bien claire, ne paraît pas très disposé à admettre une lithiase biliaire arthritique, aurait pu opposer à cette généralisation la grande prédominance des femmes, lesquelles, dans notre pays au moins, ne sont généralement pas arthritiques. Il a indiqué, mais peut-être sans insister suffisamment à ce point de vue, l'influence si marquée de la grossesse. Ceci est un sujet qu'il a étudié avec une certaine prédilection. Il paraît considérer les concrétions biliaires, en connexion avec la grossesse, comme la conséquence de la compression subie par l'appareil biliaire et le système porte.

Il est un point relatif au diagnostic que M. Cyr n'a point passé sous silence, mais sur lequel on aurait pu attendre quelques éclaircissements. Le syndrôme colique hépatique est-il toujours un symptôme de la lithiase biliaire ? Et si non, quelle en est la signification ? L'ictère n'a pas par lui-même une valeur diagnostique absolue. L'absence de concrétions biliaires dans les selles n'a pas de son côté une valeur suffisante, en raison de la difficulté des recherches et de ce que les concrétions ont pu s'attarder dans l'intestin. Il est certain que l'apparition de coliques hépatiques manifestes a été souvent précédée, à longs intervalles, d'apparences de gastralgie simple et régulière. La colique hépatique, qui sans doute n'est souvent qu'une douleur expultrice, pourrait bien être un mode particulier de souffrance de l'appareil excréteur de la bile. Il y a là un sujet de diagnostic et, mieux encore, de détermination pathologique sur lequel l'auteur a glissé trop légèrement.

M. Cyr, tout en reproduisant un exposé complet des divers modes de traitement des concrétions biliaires, a naturellement insisté sur le traitement thermal et sur le traitement très spécial de Vichy. Ce traitement a pour lui une consécration formelle, celle du temps et du nombre, et il n'est guère de sujet mieux établi en thérapeutique que son action sédative et curative dans les coliques hépatiques calculeuses, action que l'on ne saurait guère retrouver aussi effective et aussi assurée près d'aucun autre agent ou d'aucune autre méthode thérapeutique. M. Cyr fait remarquer, et je puis l'appuyer de ma propre expérience, que, dans les cas les plus graves en apparence, le traitement thermal de Vichy, qu'il faut sans doute appliquer avec des précautions infinies si l'on veut qu'il soit alors toléré, peut amener les atténuations et ensuite les guérisons les plus inattendues.

Il fait justice en passant de la prétendue action hyposthénisante de ce traitement. Les individus les plus exténués sont reconstitués en même temps que soulagés. Ce n'est pas là qu'il faudrait y chercher des contre-indications ; c'est dans l'existence de lésions inflammatoires, cystiques ou péritonéales, trop avancées pour se prêter à une action résolutive. On répète souvent qu'il faut s'en garer chez les sujets anémiés, mais sans savoir pourquoi : M. Cyr ne le sait pas non plus, et l'auteur de cet article ne le sait pas davantage.

On peut relever, dans plus d'un passage de cette intéressante monographie, une réserve quelquefois excessive dans la discussion ou la détermination de certaines difficultés. C'est peut-être un défaut ; mais c'est aussi une qualité, car on ne peut s'empêcher d'accepter avec une entière confiance les assertions de l'auteur, alors qu'on le voit si réservé toutes les fois qu'il ne se sent pas en mesure d'affirmer.

MAX DURAND-FARDEL.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE.

LES EAUX PURGATIVES. — Il y a une vingtaine d'années, les eaux minérales purgatives étaient fort peu connues en France. Seule, l'antique eau de Sedlitz, fabriquée presque toujours artificiellement, était employée dans les hôpitaux ou la pratique civile. Aujourd'hui les choses ont bien changé. Il nous vient des eaux salines purgatives un peu de tous les côtés, et la liste est longue des liquides naturels, chargés de sels neutres à base de soude ou de magnésie, mis à la disposition de la thérapeutique. Les médecins qui nous ont précédés, n'ayant aucun choix à faire, étaient forcés d'accepter ce qu'on leur offrait ; nous avons, nous, la bonne fortune de pouvoir choisir. Entre les eaux diverses qui se disputent notre confiance, nous savons distinguer celle qui nous paraît posséder à un plus haut degré les qualités qui font l'eau purgative, et pour cela il nous suffit de consulter les tableaux indiquant sa composition

Or, si l'on compare entre elles les eaux des sources purgatives les plus connues, on voit les chiffres suivants :

Analyse comparative entre la composition de l'eau de François-Joseph et les autres eaux purgatives.

par litre	François-Joseph	Hunyadi-János	Pullna	Friederikshall	Paris
Sulf. de magnesie	21 gr. 600	16 gr. 01	12 gr. 10	5 gr. 15	16 mai 1878
Sulf, de soude...	20 gr. 700	15 gr. 91	10 gr. »	6 gr. 05	E. Boutmy.

Conclusion. — L'eau de François-Joseph a une supériorité évidente sur les eaux similaires. Plus chargée que les autres de sels purgatifs, elle convient mieux, puisqu'elle purge à plus faible dose. Les docteurs Attfield (de Londres), Fehling (de Stuttgart), Leidesdorf (de Vienne), Klebs (de Zurich), Apte (de Varsovie), Bazzoni (de Milan), Maggiorani (de Rome), Théodori (de Bucarest), etc., ont reconnu que la pratique répondait à la théorie et que l'eau de François-Joseph méritait réellement en clinique la place honorable que lui donne la chimie. La constatation qui précède a aussi été faite en France par un grand nombre de médecins des hôpitaux. Enfin la supériorité que nous indiquons a été pour ainsi dire officiellement consacrée dans la science française par le savant hydrologue M. Rotureau, qui écrit ceci sur les eaux de Bude les plus connues, l'eau de *François Joseph* et l'eau d'Hunyadi :

« Ces eaux sont facilement ingérées même par les enfants ; l'estomac les laisse aisément passer et elles ne produisent aucune colique violente, elles occasionnent tout au plus des borborygmes

qui précèdent l'évacuation. La selle ou les selles sont faciles et non suivies de faiblesse ou de malaise. L'observation démontre aussi qu'on peut se servir souvent et longtemps des eaux de Bude sans que les malades s'en fatiguent, sans que l'estomac et l'intestin en soient le moins du monde incommodés. Cette tolérance est très précieuse, car elle permet d'user pendant des mois, des années même, de ces eaux minérales chez les personnes qui ont une constipation opiniâtre ou qui sont sujettes à des congestions sanguines de l'un des organes essentiels à la vie, comme les poumons ou le cerveau. La constipation habituelle nécessite rarement l'emploi journalier des eaux; il n'en est pas de même des congestions ou des hémorrhagies très limitées de la substance cérébrale, par exemple, qui exigent une action presque continuelle d'un moyen légèrement révulsif et occasionnant tous les jours, au moins une fois, une exonération intestinale. *Ce que nous venons de dire nous dispense d'insister sur les propriétés de l'*EAU DE LA SOURCE FRANÇOIS-JOSEPH, LA PLUS CHARGÉE DE PRINCIPES FIXES *de toutes les eaux de Bude. La somme des principes non gazeux de l'eau d'Hunyadi, par exemple, est en effet de 34,85 et celle de l'eau de François-Joseph de 52.29.* »

Ajoutons ceci : ces principes fixes, qui dominent dans l'eau de François-Joseph, sont-ils les seuls éléments actifs dont il faut tenir compte ? Non. Il y a encore à considérer l'acide carbonique qui assure sa conservation et masque par sa saveur agréable l'amertume magnésienne.

Tout cela explique la vogue méritée dont jouit l'eau de François-Joseph. Donc, tant que nous serons tributaires de l'étranger pour nos purgatifs naturels, c'est à cette source que nous devrons donner la préférence. Aux raisons qui précèdent, une dernière raison vient s'ajouter, — toute de sentiment : — l'eau de François-Joseph n'est pas une eau allemande.

Dr L. RICART.

FORMULAIRE

1° POMMADE CONTRE L'ACNÉ ROSACEA.

Rec. Onguent d'oléate de plomb..... } āā 4 grammes
— d'oléate de bismuth ... }

M. s. a. Frictionner le siége de l'éruption avec une petite quantité de cette pommade, matin et soir.

2° POTION CONTRE L'ACNÉ ROSACEA.

Rec. Extrait fluide de seigle ergoté ... } āā 60 grammes
Sirop d'orgeat .... }

M. s. a. A prendre, trois fois par jour, la valeur de deux cuillerées à thé de cette potion.

E. R.

NOTES & INFORMATIONS

Académie des sciences. — Les prix proposés par l'Académie des sciences, en ce qui concerne les sciences médico-chirurgicales et naturelles, sont :

1° Pour l'année 1884 :

STATISTIQUE. — *Prix Montyon.*

CHIMIE ORGANIQUE. — *Prix Jecker.*

GÉOLOGIE. — *Prix Vaillant* : Nouvelles recherches sur les fossiles, faites dans une région qui, depuis un quart de siècle n'a été que peu explorée sous le rapport paléontologique.

BOTANIQUE. — *Prix Barbier* : Découverte précieuse dans les sciences chirurgicale, médicale, pharmaceutique et dans la botanique, ayant rapport à l'art de guérir. — *Prix Desmazières* : Travaux sur la cryptogamie.

ANATOMIE ET ZOOLOGIE. — *Prix Savigny* : A décerner à de jeunes zoologistes voyageurs. — *Prix Thore* : Attribué alternativement aux travaux sur les cryptogames cellulaires d'Europe et aux recherches sur les mœurs ou l'anatomie d'une espèce d'insectes d'Europe.

GRAND PRIX DES SCIENCES PHYSIQUES. — Etude du mode de distribution des animaux marins du littoral de la France.

MÉDECINE ET CHIRURGIE. — *Prix Montyon* : Pour tous les ouvrages ou découvertes jugés les plus utiles à l'art de guérir. — *Prix Bréant* : Trouver une médication qui guérisse le choléra asiatique dans l'immense majorité des cas. — *Prix Godard* : Anatomie, physiologie et pathologie des organes génito-urinaires. — *Prix Lallemand* : Travaux relatifs au système nerveux.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — *Prix Montyon.*

PRIX GÉNÉRAUX. — *Prix Montyon* : Arts insalubres. — *Prix Trémont* : Pour tout savant auquel une assistance sera nécessaire pour atteindre un but utile et glorieux pour la France. — *Prix Geguer* : Destiné à soutenir un savant qui se sera distingué par des travaux sérieux poursuivis en faveur du progrès des sciences positives. — *Prix Delalande-Guérineau* : Destiné au voyageur ou au savant qui, l'un ou l'autre, aura rendu le plus de services à la France ou à la science. — *Prix Jérôme Ponti* : A décerner à l'auteur d'un travail scientifique dont la continuation ou le développement seront jugés importants pour la science.

2° Pour l'année 1885 :

Prix L. Lacaze : A décerner à l'auteur du meilleur travail sur la physique, sur la chimie et sur la physiologie.

GÉOLOGIE. — *Prix Delesse* : Travail concernant les sciences géologiques ou, à défaut, les sciences minéralogiques.

BOTANIQUE. — *Prix Montagne* : Travaux importants ayant pour objet l'anatomie, la physiologie, le développement ou les descriptions des cryptogames inférieurs.

Grand prix des sciences physiques : Etude de la structure intime des organes tactiles dans l'un des principaux groupes naturels d'animaux invertébrés.

Prix Bordin : Etude comparative des animaux d'eau douce de l'Afrique, de l'Asie méridionale, de l'Australie et des îles du Grand-Océan.

Prix da Gama Machado : Sur les parties colorées du système tégumentaire des animaux ou sur la matière fécondante des êtres animés.

Prix Dusgate : Décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur les signes diagnostiques de la mort et sur les moyens de prévenir les inhumations précipitées.

Prix Cuvier : Destiné à l'ouvrage le plus remarquable soit sur le régime animal, soit sur la géologie.

Prix Petit-d'Ormoy : Sciences naturelles.

3° Pour l'année 1886 :

Prix de La Fons Mélicocq : Ouvrage de botanique sur le nord de la France.

Prix Jean Reynaud : Travail le plus méritant qui se sera produit pendant une période de cinq ans.

4° Pour l'année 1887 :

Prix Chaussier : Travaux importants de médecine légale ou de médecine pratique.

— Le troisième Congrès de la Société italienne de chirurgie se tiendra cette année à Turin depuis le 15 jusqu'au 20 septembre.

— La mission allemande du choléra, composée de MM. Koch, Gaffky et Fischer, est de retour à Berlin. Une brillante réception lui a été faite et une adresse a été remise au chef de la mission.

— On peut lire dans le nouveau projet de réglement des universités élaboré par le ministre de l'instruction publique de Russie les clauses suivantes :

« Les examens seront conduits par une commission du gouvernement dont le corps enseignant sera tout à fait exclu ; l'examen devra se pousser jusqu'aux croyances intimes et aux principes politiques du candidat.

« Le ministre a le droit de donner les chaires professorales à des hommes sans titres académiques, pourvu que leur loyauté soit bien reconnue. »

On n'est pas plus libéral.

— Par décision du Conseil municipal do Paris et sur la demande de M. le professeur Pajot, les noms de P. Dubois et de Depaul vont être donnés aux salles de l'hôpital de la Clinique d'accouchements désignées actuellement sous les n°s 1 et 2.

— Parmi les nouveaux élus du Conseil municipal nous relevons les noms de MM. les docteurs Chassaing, Chautemps, Deschamps, A. Després, chirurgien des hôpitaux, Frère, Lamouroux, Levraud, Georges Martin, Vaillant, sans compter M. Cattiaux, officier de santé.

R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie. — Le professeur Wurtz est mort subitement, lundi dernier, 12 mai, dans sa soixante-septième année. Il y a trois semaines à peine, devant la foule recueillie qui se pressait aux obsèques de son illustre prédécesseur et maître Dumas, Wurtz prononçait des paroles émues; aujourd'hui, 15 mai, la même foule suit le cercueil du disciple, trouvant que la mort frappe à coups redoublés parmi les meilleurs et les plus dignes.

Adolphe Wurtz est né à Strasbourg le 26 novembre 1817 d'une ancienne famille d'Alsace qui compte dans son sein des médecins et des pasteurs protestants. Fils d'un de ces derniers, le jeune Wurtz fit de bonnes études universitaires, puis entra bientôt à la Faculté de théologie de la ville. Il quitta de bonne heure les études sacerdotales pour la médecine, et il fut reçu docteur en 1843. Sa thèse a pour titre : *Etudes sur l'albumine et la fibrine*.

Nommé chef des travaux chimiques, il vint concourir l'année suivante, à Paris, pour une place semblable et fut élu. Deux ans après, il concourt pour une place d'agrégé et il est nommé. Très laborieux, il se fait connaître par des travaux de laboratoire et, en 1852, il remplace M. Dumas dans sa chaire de chimie organique et de pharmacie. En 1853, il succède à Orfila dans la chaire de chimie médicale. Le 5 mai 1856, il est nommé membre de l'Académie de médecine ; en 1866 doyen de la Faculté, poste qu'il conserva jusqu'en 1875 ; en 1867, membre de l'Académie des sciences ; en 1871, président de l'Académie de médecine ; en 1876, professeur à la Sorbonne. Dans l'administration, on le trouve maire de son arrondissement, et la politique en fait un sénateur en 1881. Très bon professeur, il a formé et soutenu d'excellents élèves ; habile expérimentateur, il a multiplié les expériences et les contrôles. Doué d'un esprit libéral, il a laissé d'excellents souvenirs de son décanat. Il a créé un cours de chimie et un laboratoire de chimie pratiques, lesquels, pendant plusieurs années, ont été les seuls bien suivis et convenablement agencés. Comme écrivain et comme homme de science, sa *Chimie philosophique*, son *Traité de chimie médicale*, son *Dictionnaire de chimie*, sont dans toutes les bibliothèques. Chef d'école, l'on se souvient des grandes discussions auxquelles il prit part à l'Institut, notamment celle sur la théorie atomique. Wurtz ne refusait jamais son concours, on l'a bien vu lors de la fondation de l'Association française pour l'avancement des sciences, lors de l'établissement du laboratoire, puis de l'Ecole d'anthropologie. On lui doit de belles recherches théoriques et pratiques sur les ammoniaques, les glycols, les garances, l'indigo, les parfums. D'une activité laborieuse, fébrile même, travailleur consciencieux et honnête, esprit prompt, artiste à ses heures, il comptait beaucoup d'amis. Tous ont été douloureusement surpris par l'annonce de sa mort soudaine, que rien ne laissait supposer.

Tous les grands corps savants se sont réunis autour de sa dépouille mortelle ; le Conseil de la Légion d'honneur et le Sénat, dont il était membre, se sont fait également représenter. Des discours ont été prononcés sur sa tombe par MM. Feray, au nom du Sénat ; Bouchardat, au nom de la Faculté de médecine ; Friedel, au nom de l'Académie des sciences ; Gautier, au nom de l'Académie de médecine ; Troost, au nom de la Faculté des sciences ; Bonquet de la Grye, au nom de l'Association française pour l'avancement des sciences ; Grimaux, au nom de ses anciens élèves.

Que sa famille éplorée trouve au moins dans cet empressement recueilli et sympathique un peu de consolation, pour calmer les pénibles angoisses auxquelles elle se trouve en proie

Nous publierons, dans le prochain numéro, une étude sur l'œuvre scientifique de Wurtz.

Dr A. Dureau.

— M. le docteur Gazagnaire vient de mourir à Cannes, à l'âge de 76 ans.

— Nous apprenons aussi la mort de M. le docteur Aubrion, médecin à Gault (Marne).

— Les journaux d'Amérique annoncent la mort du professeur Samuel Gross, de Philadelphie.

*
* *

Assistance publique. — Le concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux et hospices civils de Paris s'est terminé samedi soir par la nomination de MM. les docteurs Nélaton et Prengrueber.

— Le registre d'inscription des candidats au concours qui doit s'ouvrir le mercredi 21 mai 1884, pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux et hospices civils de Paris, a été clos lundi soir. Les candidats inscrits sont au nombre de 59. Ce sont MM. les docteurs : Ballet, Barié, Barthélemy, Béclère, Benoit, Béringier, Bourceret, Bourcy, Brault, Brissaud, Brocq, Bruchet, Buzot, Capitan, Chantemesse, Chouppe, Comby, de Beurmann, Decaisne, Delpeuch, Derignac, Dreyfous, Eloy, Faisans, Faucher, Galliard, Gauchas, Gaucher, Havage, Hirtz (Edgar), Hirtz (Hippolyte), Jean, Josias, Juhel-Rénoy, Ledoux-Lebard, Leduc, Legendre, Leloir, Leroux (Charles), Leroux (Marie), Liandier, Lorey, Lucas-Championnière, Marie, Martin, Mathieu, Merklen, Muselier, Netter, Oulmont, Petit, Renault, Robert, Robin, Savoye, Siredey, Stackler, Talamon et Variot.

Le jury se composera, sauf modifications ultérieures, de MM. les docteurs Legroux, Labadie-Lagrave, Dreyfus, Debove, Constantin Paul, Audhoui, Guihout, Hayem et Tarnier.

— Le lundi 2 juin, il sera procédé à la mairie du XVIe arrondissement à l'élection d'un médecin attaché au service du traitement à domicile.

Le scrutin ouvert à midi sera fermé à 4 heures.

*
* *

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Denucé, professeur de clinique chirurgicale, est autorisé à se faire suppléer par M. Lagrange, agrégé.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Truc, aide d'anatomie, est nommé pour quatre ans prosecteur, en remplacement de M. Cénas dont les fonctions sont expirées. — M. Giraud (Jean-Joseph-Georges) est nommé, pour trois ans, aide d'anatomie, en remplacement de M. Truc, appelé à d'autres fonctions. — M. Jabouley (Mathieu) est nommé, pour trois ans, prosecteur, en remplacement de M. Laguaite, dont le temps d'exercice est expiré. — M. Vallas (Maurice-Louis) est nommé, pour trois ans, aide d'anatomie, en remplacement de M. Parizol, appelé à d'autres fonctions.

Ecole de médecine de Toulouse. — M. Laulanié, professeur d'anatomie à l'Ecole vétérinaire de Toulouse, a été chargé du cours d'anatomie générale et histologie à l'Ecole de médecine. — Le docteur André, chef de clinique, est chargé d'un cours d'anatomie pathologique.

*
* *

Nominations dans l'ordre de la Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. les docteurs Rey, médecin en chef de la marine ; Driout, médecin principal de 2e classe (armée de terre).

Au grade de chevalier : MM. les docteurs Ségard, médecin de 1re classe de la marine ; Lecotte, médecin-major de 2e classe ; Daudé, membre du Conseil général de la Lozère.

*
* *

Hôpital du Midi. — M. le docteur Charles Mauriac reprendra ses leçons cliniques sur les *maladies vénériennes* le 17 mai, à neuf heures, et les continuera les samedis suivants, à la même heure.

Décès notifiés au bureau municipal de statistique de la ville de Paris du vendredi 2 au jeudi 8 mai 1884.

Fièvre typhoïde 43. — Variole 2. — Rougeole 50. — Scarlatine 3. — Coqueluche 12. — Diphtérie, croup 51. — Dysentérie 0. — Erysipèle 9. — Infections puerpérales 7. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 64. — Phthisie pulmonaire 210. — Autres tuberculoses 28. — Autres affections générales 65 — Malformation et débilité des âges extrêmes 52. — Bronchite aiguë 27 — Pneumonie 120. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 25, — au sein et mixte 24 — Inconnu 3. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 113. — de l'appareil circulatoire 85. — de l'appareil respiratoire 96. — de l'appareil digestif 60 — de l'appareil génito-urinaire 33. — de la peau et du tissu lamineux 3. — des os, articulations et muscles 8. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 28. — Causes non classées 7. — Total de la semaine : 1228 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Traité des fièvres palustres, avec la description des microbes du paludisme, par A. Laveran, médecin-major de première classe, professeur agrégé de l'Ecole de medecine militaire au Val-de-Grâce. 1 beau volume in-8 de 550 pages avec figures dans le texte. — Prix : 10 fr. — Librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon, Paris.

Traité des déviations utérines, par le docteur B.-S. Schultze, professeur de gynécologie à l'université d'Iéna et traduit de l'allemand et annoté par le docteur F.-J. Herrgott, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Nancy. Un beau volume in-8 de 470 pages, avec 120 figures dans le texte. — Prix : 10 fr. — Paris, librairie Octave Doin, 8, place de l'Odeon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.



55e année. 7e série. Tome Ier. N° 21 24 MAI 1884

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr F. de RANSE;
Membres : MM. les Drs J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN;
Secrétaire : M. le Dr E. RICKLIN.

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

CLINIQUE MÉDICALE

SUR L'ORIGINE CORTICALE DU FACIAL INFÉRIEUR, par le Dr RAYMOND, agrégé, médecin de l'hospice des Incurables.

Dans un premier travail, publié dans la GAZETTE MÉDICALE (n° 52, année 1882), nous avons fourni une observation intéressante, en ce sens qu'elle indiquait, d'une façon précise, le siège cortical du centre moteur du membre supérieur et en même temps celui du centre des mouvements du facial inférieur. Discutant ce cas, nous faisions, suivant la juste remarque de M. Ballet, observer que les faits étaient rares dans lesquels on avait noté une lésion limitée, exactement circonscrite au centre du facial inférieur. Nous rappelions à ce propos ceux de M. Ballet dans le PROGRÈS MÉDICAL (1880), de MM. Charcot et Pitres (REVUE MENSUELLE, 1877), de Wernher, de Dugoust-Bailly, d'Hitzig, etc. Dans ces derniers temps, nous avons eu sous les yeux, presque simultanément, deux exemples de paralysies du facial inférieur, paralysies manifestement d'origine corticale. L'une des malades a succombé, et nous produirons seulement cette observation, estimant que les preuves concernant les localisations cérébrales doivent être exclusivement appuyées sur des autopsies rigoureuses. Il nous a paru nécessaire, pour la sûreté de la discussion, de réunir en un seul tout les principaux détails cliniques et physiologiques concernant la paralysie isolée d'une des branches, et non la moins importante, de la septième paire. Voyons d'abord quelques-unes des observations résumées :

OBS. I. — *Monoplégie faciale gauche. — Hémorrhagie corticale de l'extrémité inférieure de la circonvolution frontale ascendante droite.* (Ballet, PROGRÈS MÉDICAL, 1880, p. 762.)

Femme de soixante et onze ans. Le 2 août, elle s'est subitement affaissée, sans perdre connaissance. Le lendemain matin, on la trouva dans l'état suivant : paralysie faciale inférieure gauche très marquée; langue fortement déviée vers la gauche; pas de déviation conjuguée de la face et des yeux.

La motilité du membre paraît à peu près intacte. Peut-être ce membre supérieur gauche est-il légèrement parésié. Dans tous les cas, le malade le meut avec une assez grande facilité. Il n'y a aucune différence dans la motilité des membres inférieurs. Le soir, il existe de la déviation conjuguée de la tête et des yeux vers le côté droit. Le membre supérieur gauche est plus nettement parésié que le matin. Mort le 6 août.

Autopsie. — Pas de lésions de l'hémisphère gauche. Sur la face externe de l'hémisphère droit, on trouve un foyer hémorrhagique cortical, du volume d'une grosse noix, renfermant un caillot rouge récent, du poids de 5 grammes, occupant la partie inférieure de la circonvolution frontale ascendante. Sur les coupes méthodiques, on constate que l'hémorrhagie a détruit le faisceau frontal inférieur et empiété sur le faisceau pariétal correspondant, sans pénétrer assez profondément pour atteindre les noyaux gris centraux.

OBS. II. — *Aphasie; paralysie faciale droite; ramollissement du pied de la troisième frontale gauche*, par M. T. Petrina. (*Ueber Sensibilitaetsstœrungen bei Hirnrindenlaesionen*, Prague, 1881, OBS. III, p. 7.)

Femme, vingt ans, entrée à l'hôpital pour une insuffisance mi-

FEUILLETON

L'œuvre scientifique de M. Ad. Wurtz.

La mort de M. Wurtz est un deuil pour sa famille, ses amis, les nombreux corps scientifiques auxquels il appartenait, et pour la France tout entière. Elle était inattendue. Lorsqu'il y a un mois M. Wurtz, parlant au double nom de la Faculté de médecine et de la Faculté des sciences, adressait un hommage pieux à la mémoire de M. Dumas, avec cette belle voix qu'on lui connaissait, nous nous plaisions à le considérer comme le successeur de cet homme illustre. Lorsqu'il y a deux semaines nous assistions à son cours à la Sorbonne, où l'éloquence brillante du professeur, le charme de sa parole convaincue et ardente, réunissait un auditoire nombreux; lorsque, hier, nous l'avions vu consacrer la journée aux travaux de laboratoire, qui ont été la plus chère occupation de sa vie, nous lui promettions de longues années encore.

Hélas! vain espoir. M. Wurtz, jeune, infatigable, appartenant encore au cadre de l'armée active des travailleurs, a été terrassé et vaincu par une courte maladie!

On permettra à l'un de ses élèves, qui n'a cessé de travailler dans son laboratoire depuis 17 ans, de retracer en quelques mots les lignes fondamentales de l'œuvre du grand savant. Cette œuvre est considérable : elle embrasse toutes les parties de la chimie, mais c'est surtout en chimie organique qu'elle se montre dans tout son éclat.

Le premier travail de M. Wurtz remonte à 1843 et porte sur l'albumine et la fibrine. Il décrit le mode de préparation de l'albumine pure par la méthode des précipitations plombiques, qui est encore classique aujourd'hui, et étudie les produits de putréfaction de la fibrine, parmi lesquels M. Wurtz signale une matière analogue à l'albumine soluble, puis de l'acide butyrique. Par une curieuse coïncidence, les mêmes matières albuminoïdes devaient l'occuper à quarante ans de là. Ayant découvert, avec M. Bouchut, le ferment digestif du suc de papaya, ferment aussi actif que la pepsine ou la trypsine, il fut amené à étudier de plus près le mécanisme de l'action de ces ferments sur les albuminoïdes.

trale. Quelque temps auparavant, elle avait subitement perdu connaissance et était devenue aphasique. Lors de l'entrée à l'hôpital, le 6 février 1879, on constate aphasie et agraphie; paralysie faciale droite. Aucun trouble paralytique dans les membres. Anesthésie de la moitié droite de la face et de la partie supérieure droite du tronc. Mort par suite des progrès de l'affection du cœur.

Autopsie. — Petit foyer de ramollissement ocreux, de 15 millimètres de diamètre, occupant exactement le pied de la troisième circonvolution frontale et la portion immédiatement contiguë de la frontale ascendante. La lésion est purement corticale. Le reste du cerveau est normal.

Obs. III. — *Monoplégie faciale droite. — Aphasie.—Plaque jaune de la troisième circonvolution frontale et de la frontale ascendante*, par M. Nothnagel. (*Topische Diagnostik der Gehirnkrankheiten*, Berlin, 1879, p. 427.)

Homme 28 ans, droitier, atteint d'une affection cardiaque mal compensée, dont il finit par mourir après avoir eu des embolies multiples et de l'asystolie.

Après une perte subite de connaissance, il reste aphasique avec légère paralysie du facial inférieur droit. Pas la moindre paralysie dans les membres. Anesthésie générale prédominante du côté droit, sans aucun trouble des sens spéciaux. Peu à peu l'aphasie diminue; mais, après quelques jours, elle augmente de nouveau. La paralysie faciale persiste jusqu'à la mort.

Autopsie. — Plaque jaune, corticale, de 1mm. et demi d'épaisseur, occupant la moitié antérieure du tiers moyen de la circonvolution frontale ascendante, le fond du sillon précentral, une petite partie du pied de la deuxième circonvolution frontale et la partie la plus postérieure (*pars opercularis*) de la troisième. Le reste du cerveau sain.

Obs. IV. — *Monoplégie faciale inférieure gauche: lésions multiples de l'écorce, un des foyers occupant la partie inférieure de la frontale ascendante*, par M. Nothnagel (*loc. cit.*, p. 411).

Homme 38 ans, entré à l'hôpital pour une insuffisance aortique. Depuis quatre semaines, faiblesse de la vue, surtout de l'œil droit; pas d'hémianopsie; milieux de l'œil normaux. Le 27 mai survient une paralysie faciale inférieure gauche sans aucun autre trouble moteur ou sensitif. La joue gauche, est plus rouge et plus chaude que la droite. La paralysie persiste jusqu'au 6 avril, jour où la malade meurt subitement.

Autopsie. — Hémorrhagie méningée toute récente pouvant expliquer la mort rapide. *Hémisphère droit*: adhérences de la piemère au niveau de la troisième circonvolution frontale et de la moitié antérieure du tiers inférieur de la frontale ascendante. Au-dessous de ces points, foyer de ramollissement s'étendant à travers le centre ovale jusqu'à la tête du noyau caudé qui est intact. *Hémisphère gauche* : un autre foyer de ramollissement occupant la troisième circonvolution frontale et respectant son pied. D'autres foyers existent sur la première circonvolution occipitale, sur la partie postérieure du lobule pariétal supérieur et sur la partie antérieure du coin. Le reste du cerveau est sain.

Obs. V. — *Paralysie faciale gauche: tumeur du lobe sphénoïdal atteignant l'extrémité des circonvolutions ascendantes*, par M. Thomas Buzzard (Brain, 1881, page 130).

Homme vingt-sept ans, sujet à des vertiges depuis plusieurs années. Pas de paralysie des membres. Une semaine avant sa mort, il put chasser un jour pendant huit heures consécutives. Céphalalgie intense, mais intermittente; légère paralysie faciale à gauche.

Autopsie. — Gliome mou, infiltré de kystes et de petits foyers hémorrhagiques occupant tout le lobe temporo-sphénoïdal; la tumeur se confond progressivement avec les parties voisines. Elle s'étend jusqu'à l'extrémité inférieure des circonvolutions ascendantes.

Obs. VI. — *Traumatisme du cerveau par un coup de feu; lésions de l'extrémité inférieure de la frontale ascendante gauche; paralysie faciale droite*, par M. A.-W. Amidon (*A. Contribution to the study of cerebral localisation.* The Journal of nervous and mental disease, january, 1880, page 43, obs. V).

Aphasie, agraphie, paralysie faciale droite, secousses dans le pouce droit. A l'autopsie, désorganisation du cerveau dans une largeur de 4 centimètres allant depuis la partie antérieure du lobe frontal gauche jusqu'aux scissures de Sylvius et de Rolando. L'image annexée à l'observation montre que la lésion occupait la troisième frontale dans toute son étendue et la portion correspondante de l'extrémité inférieure de la pariétale ascendante.

Obs. VII. — *Monoplégie faciale inférieure droite. Aphasie. Ramollissement du pied de la troisième circonvolution frontale gauche et du tiers inférieur de la circonvolution frontale ascendante*, par MM. Charcot et Pitres (Rev. men., 1879, p. 148).

W... (Henriette), 71 ans. Entrée à la Salpêtrière, service de M. Charcot, pour un carcinome utérin. Etat cachectique très prononcé.

Le 10 mai, vers onze heures du matin, sans aucun prodrome, sans perte de connaissance, elle devient subitement aphasique. A

Un flocon de fibrine déposé dans une solution de pepsine s'empare du ferment dissous, se combine avec lui par une action comparable à celle qui fixe les matières colorantes sur les fibres animales. On peut ensuite le laver à l'eau sans parvenir à lui enlever le ferment; mais il suffit de l'introduire dans de l'acide chlorhydrique étendu pour le voir se dissoudre et se peptoniser. Le ferment, se trouvant alors régénéré, est tout prêt à se fixer sur une nouvelle quantité de fibrine. Par ce cycle de réactions entre l'albumine, le ferment et l'acide étendu, on explique, d'une manière très simple, ce fait capital qu'une petite quantité de ferment peut transformer en peptone une énorme quantité d'albuminoïde, mille fois son poids et plus. Le rôle joué par le ferment est comparable à celui que remplit l'acide sulfurique dans la transformation de l'alcool en éther.

Mentionnons aussi les recherches sur la présence de l'urée dans la lymphe et le chyle.

Il importe de rappeler ici que M. Wurtz a inauguré à la Faculté de médecine un cours de chimie biologique. Cette branche de la biologie, née en France, puisqu'elle remonte à Lavoisier, et développée plus tard par MM. Dumas et Boussingault dans leur admirable *Statique chimique des êtres organisés*, n'était plus cultivée chez nous comme elle le méritait. Biologie par son but et chimie par ses méthodes, elle exige des connaissances approfondies dans les deux sciences, particulièrement en chimie où elle aborde les parties les plus difficiles et les plus ardues. Les principes qui composent les tissus et les humeurs des êtres vivants comptent en effet parmi les plus compliqués : à chacun d'entre eux, à l'albumine, aux hydrates de carbone, à l'acide urique se rattache, pour ainsi dire, une chimie toute entière.

Exposer cette science, la rendre abordable pour tout le monde, tout en conservant à son enseignement un caractère scientifique élevé, montrer enfin le puissant secours qu'elle apporte à la physiologie et, on peut le dire aussi, à la pathologie, tel était le but poursuivi par M. Wurtz. L'éloquence du maître, son exposition claire et vive, chaude et originale, triomphèrent de toutes ces difficultés. Le succès fut grand. L'ardeur avec laquelle débutants, étudiants plus avancés et même de jeunes savants se pressaient sur les bancs de l'amphithéâtre trop petit, témoignait de l'intérêt, de la nécessité d'un tel enseignement. Malheureusement, le

midi, on constate une hémiplégie faciale droite assez prononcée. Le sillon naso-labial gauche est plus profond que le droit; la bouche est déviée, son angle gauche est plus élevé que le droit. La déviation s'exagère par le rire. Aphasie absolue. La malade ne peut articuler aucun son; la langue se meut lentement, mais elle peut être tirée hors de la bouche. La pointe est peut-être déviée à droite (?).

L'orbiculaire des paupières est intact. Les mouvements des yeux et des paupières sont normaux.

Aucune paralysie dans les membres. Le bras et la jambe du côté droit se meuvent aussi facilement que ceux du côté gauche. Sensibilité normale

L'intelligence est très affaiblie. La malade comprend à peine les questions qu'on lui pose; elle pleure facilement.

Les jours suivants, l'aphasie et la paralysie faciale persistent, mais la malade s'affaiblit progressivement et meurt le 25 juin.

Autopsie. — L'hémisphère droit ne présente rien d'anormal. En enlevant l'hémisphère gauche, on constate que les méninges sont déprimées au niveau du pied de la troisième circonvolution frontale. En détachant la pie-mère, on remarque qu'elle adhère à la substance cérébrale en avant de l'extrémité inférieure du sillon de Rolando. A ce niveau existe un foyer de ramollissement qui occupe le quart postérieur de la deuxième et de la troisième circonvolution frontale et le tiers inférieur environ de la circonvolution frontale ascendante. La substance ramollie est jaune, mollasse, affaissée sur elle-même.

(A suivre.)

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

POLYPES FIBREUX DE L'UTÉRUS, par Paul BERTHON, interne des hôpitaux.

Boisg... (Marie), âgée de trente-six ans, couturière, entrée le 8 novembre 1882 à l'hôpital de la Pitié, salle Gerdy, n° 23, dans le service du docteur Polaillon.

Elle a toujours été bien portante, est accouchée en 1872.

Depuis, la menstruation était toujours douloureuse; elle n'a point eu de nouvelle grossesse.

En 1880, B... vit son ventre augmenter de volume, puis ce phénomène s'accentuer peu à peu, si bien qu'en décembre 1881 elle accusait une sensation de pesanteur abdominale avec difficulté d'uriner (rétention d'urine incomplète) et pertes sanguines abondantes. Augmentant en durée, ces pertes ne sont point fétides et ne s'accompagnent pas de douleurs (continues) pendant août et septembre).

8 novembre. — A son entrée à l'hôpital, la malade présente le faciès anémique. Les muqueuses sont décolorées. Vertiges.

On constate à la vulve une tumeur dont la saillie s'accentue graduellement, dit-elle, depuis quinze jours. Cette tumeur est indolente, sphérique, du volume des deux poings; le pédicule s'insère sur la partie gauche de la lèvre antérieure du col.

A la palpation, qui est douloureuse, on sent l'utérus gros comme une tête de fœtus, sans qu'il y ait cependant de phénomènes de compression.

L'état général est mauvais; la malade, extrêmement affaiblie par des pertes de sang continuelles, s'alimente difficilement.

9 novembre 1882. — Ablation de la tumeur avec l'écraseur Chassaignac; l'opération n'est pas douloureuse et donne lieu à un écoulement de sang médiocre. Tamponnement avec perchlorure de fer.

12 décembre. — Le pédicule de la tumeur persiste, la malade se lève quelques heures; vertiges. Faiblesse dans les jambes.

15 décembre. — Le pédicule s'est allongé et sort du col dans une étendue de 8 à 10 centimètres; lorsque la malade fait effort, la tumeur arrive à la vulve.

Amputation avec l'anse galvanique d'une tumeur ayant le volume du poing. Légère douleur quand le fil arrive au centre de la tumeur. Médiocre hémorrhagie après la section.

La tumeur, à la coupe, se montre constituée par de véritables tourbillons fibreux. C'est un myôme-type.

18 décembre. — La malade frissonne, a des vomissements, se plaint de céphalalgie et de douleurs abdominales vives, en même temps, écoulement vaginal séro-purulent abondant.

Élévation concomitante de la température. Accidents dus vraisemblablement à une poussée de lymphangite utérine. Ces accidents durent pendant quatre jours.

29 décembre. — Examen au spéculum. Le col est dilaté et présente un diamètre de 4 centimètres environ.

30 décembre. — Vomissements, fièvre (40°), dus probablement à une susceptibilité spéciale des lymphatiques utérins.

12 janvier 1883. — Douleurs de reins plus vives à la pression.

14 janvier. — Pertes blanches abondantes.

18 janvier. — On perçoit dans l'intérieur du vagin une saillie analogue à celle de la poche des eaux, avec une dilatation du col atteignant 7 à 8 centimètres de diamètre. La tumeur adhère à la lèvre antérieure du col.

A la palpation, le fond de l'utérus est remonté et arrive jusqu'à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Sans chloroformisation.

---

professeur n'avait pu lui donner tout son développement; il ne disposait que d'une leçon par semaine.

Les travaux de chimie minérale succèdent directement aux recherches sur les albuminoïdes. De 1843 à 1845, M. Wurtz entreprend une étude des composés du phosphore qui devaient le conduire à la découverte de l'oxychlorure de phosphore, ce réactif déshydratant si fréquemment employé. En analysant les sels formés par les acides hypophosphoreux et phosphoreux, il reconnut que ces composés retiennent une certaine quantité d'hydrogène qui échappe au remplacement par le métal, au moment de la saturation de l'acide par la base. C'était là un fait unique, en opposition avec la théorie des acides admise alors. Le jeune savant supposa que l'acide hypophosphoreux monobasique et l'acide phosphoreux bibasique renferment des radicaux spéciaux, contenant à la fois du phosphore, de l'oxygène et de l'hydrogène. Rien d'étonnant alors qu'une portion de l'hydrogène de ces acides, celle qui est engagée dans le radical, joue un rôle à part dans la molécule : idée féconde qui plus tard devait trouver une généralisa tion dans le travail sur les acides à fonction mixte, sur l'acide lactique notamment.

Le temps a laissé intacte la conclusion de ce premier travail; si nous y avons insisté, c'est qu'il dévoile déjà les qualités maîtresses de notre savant : grande précision dans les faits et tendance spéculative de son esprit. Tel nous le voyons ici, non content de découvrir des faits intéressants, de les établir sur des bases solides, mais cherchant aussi à les interpréter et à les généraliser; tel nous le trouvons plus tard dans ces grands travaux sur les *ammoniaques composées*, les *glycols*, les *aldols*, qui ont fait connaître des composés nouveaux, types de fonctions nouvelles, véritables chefs de famille.

En étudiant les éthers cyaniques et cyanuriques et leurs produits de décomposition, il eut la bonne fortune de découvrir les urées composées, dérivées de l'urée par substitution de radicaux divers. Dans cette classe devaient être rangés plus tard : l'acide urique et ces corps qui en dérivent, tels que l'alloxane, l'acide oxalurique, l'allantoïne, etc., dont la synthèse récente est venue confirmer la constitution.

L'urée en s'hydratant sous l'action des alcalis donne un carbonate et de l'ammoniaque. Les urées composées se comportent d'une manière analogue et fournissent des ammoniaques composées ou

La tumeur est saisie avec la pince de Museux et cernée avec l'anse galvanique placée au moyen du doigt; mais la pince de Museux dérape pendant l'opération et la tumeur n'est qu'ébarbée sur une longueur de 1 centimètre et demi à 2 centimètres.

Sur la surface d'amputation, on enfonce des flèches de Canquoin.

Hémorrhagie. Tamponnement.

Température du soir, 37°4.

19 janvier. — Le tampon est enlevé; cinq injections phéniquées au 1/100° par jour. Cataplasmes sur le ventre.

25 janvier. — La malade rend spontanément un morceau de tumeur du volume d'un œuf.

Examen au spéculum. Cautérisation au thermo-cautère. Trois flèches. Tamponnements. Pas de réaction fébrile.

26 janvier. — Vomissements dans la nuit. Température du matin, 39°6. Trois injections phéniquées par jour. Cataplasmes laudanisés et glace sur le ventre. Toniques.

27 janvier. — Douleurs dans la fosse iliaque droite. Diarrhée. Potion au bismuth et à l'extrait de ratanhia.

1er février. — Matin. Frissons. Douleurs de reins. Sensation de déplacement dans le ventre.

Soir. Persistance des douleurs expulsives. Ténesme vésical.

Saillie à la vulve d'un fragment de la tumeur qu'on arrache avec le doigt.

4 février. — Péritonitisme. Vomissements. Potion de Rivière. Lavement au sulfate de quinine.

6 février. — Disparition de ces symptômes. Douleur à la palpation abdominale, surtout au niveau du fond de l'utérus.

Au toucher vaginal, masse irrégulière peu saillante et adhérente à la lèvre antérieure du col.

9 février. — La malade, qui se sentait mieux, s'est levée quelques minutes pour faire son lit, mais dans l'après-midi elle est prise de frissons. Vomissements. Température, soir, 40°4.

10 février.—Persistance et accentuation des signes péritonéaux.

Le facies reste bon cependant. La température tombe à 38°4.

Le ventre est douloureux. Diarrhée.

12 février. — Expulsion d'un morceau de tumeur gros comme un œuf.

28 février. — Nouvelle application de flèches. Tamponnements.

1er mars. — Dans l'après-midi, la malade a eu des frissons, une fièvre assez vive le soir.

6 mars. — Elle expulse sans douleur un polype de la grosseur d'une pomme.

7 mars. — Nouvelle application de flèches suivie le 14 de l'expulsion d'un premier segment de tumeur fusiforme de 7 centimètres de longueur environ, d'un second segment le 15 mars.

31 mars. — Ablation avec l'anse galvanique d'un second segment hémisphérique.

Hémorrhagie, tamponnement au perchlorure de fer.

1er avril. — Pas de fièvre. Pas de modification appréciable en avril et en mai.

Le 10 mai, la tumeur paraît considérablement diminuée de volume; d'autre part elle ne fait plus saillie dans le vagin comme précédemment, mais au toucher le doigt arrive encore sur une masse volumineuse dilatant le col entre les lèvres duquel elle s'engage, et implantée sur son côté droit. Flèches de Canquoin. Pas de réaction.

La malade reprend peu à peu ses forces, la tumeur diminue de volume, et, se sentant bien, elle demande le 15 juin à quitter le service pour quelques jours.

Elle rentre le 25 juin, présentant un excellent état général avec persistance de signes locaux.

Application de flèches le 29 juin. Nouvelle application au commencement de juillet.

19 juillet. — Ponction de la tumeur au thermo-cautère, de façon à enfoncer les flèches profondément.

24 et 25 juillet. — La malade rend un morceau de la tumeur.

Septembre. — En septembre, le service est repris par M. Duret, qui fait pratiquer à la malade des injections hypodermiques avec l'ergotimine Tanret à la date des 12, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 et 25 septembre.

Sous cette influence, l'utérus diminue considérablement de volume en même temps que la tumeur fait saillie de plus en plus dans le vagin et apparaît à la vulve.

4 octobre. — Ablation avec l'écraseur linéaire de Desprès d'une partie de la tumeur qui fait saillie dans le vagin.

Le segment enlevé a le volume d'une grosse orange, mais la surface de section est large, car la tumeur est sessile.

Hémorrhagie en nappe assez abondante, nécessitant un tamponnement avec hourdonnets de charpie imbibés d'une solution de perchlorure de fer au 1/4. Vomissements et douleurs lombaires pendant toute la journée. On enlève le tampon le soir.

27 octobre. — Ponction avec le thermo-cautère. Dans les orifices, on introduit des flèches.

29 octobre. — Nouvelles flèches.

1er décembre. — Application d'une anse élastique sur un petit polype saillant dans le vagin; douleur assez forte le premier jour. Chute de la ligature six jours après.

20 décembre. — Nouvelle anse élastique qui tombe au bout de quatre jours.

Tous les renseignements précédents nous ont été obligeamment fournis par notre excellent collègue et ami Brossard, interne dis-

amines, construites sur le type de l'ammoniaque, l'hydrogène de ce corps étant remplacé par des radicaux hydrocarbonés. Elles jouissent de la propriété fondamentale de l'ammoniaque de s'unir directement aux acides en formant de véritables sels. Cette découverte, qui remonte à 1849, a été une des plus belles du siècle. Elle a donné un nouvel essor à l'étude de certains composés azotés déjà connus à cette époque, de l'aniline surtout, qui depuis est devenue la matière première pour la fabrication de la fuchsine et de cette pléiade de magnifiques substances colorantes rouges, bleues, violettes, vertes et jaunes qui, en dehors des applications à la teinture, sont devenues indispensables à l'histologiste, voire même au clinicien.

Les alcaloïdes oxygénés naturels élaborés par les plantes et qui fournissent au médecin ses moyens thérapeutiques les plus actifs et les plus sûrs se rattachent eux-mêmes aux ammoniaques composées. Il fut réservé à M. Wurtz de préparer artificiellement, beaucoup plus tard, vers 1866, le premier de ces alcaloïdes, la *névrine* ou choline qui existe dans la bile et semble être un produit de désassimilation de la substance cérébrale et nerveuse. Ses successeurs ont transformé cette névrine en bétaïne, alcali de la betterave, et en muscarine, alcaloïde toxique de la fausse oronge.

La névrine nous conduit naturellement à parler de la découverte du glycol dont elle renferme le radical. Entre l'alcool ordinaire, univalent, qui ne forme qu'une série d'éthers, et la glycérine, alcool trivalent qui en forme trois séries, comme M. Berthelot venait de le démontrer dans son beau travail sur les corps gras artificiels, existait une lacune. Il devait y avoir place pour un alcool bivalent. Concevoir cette idée, c'était presque la réaliser. La liqueur des Hollandais ou dichlorure d'éthylène servait de point de départ et l'alcool bivalent cherché ou *glycol* fut découvert en 1856. A ce glycol viennent se joindre des corps homologues doués des mêmes propriétés fondamentales et donnant tous des oxydes dont l'oxyde d'éthylène est le type. Ce corps, véritable oxyde d'un radical bivalent, fut comparé aux oxydes de la chimie minérale, à la baryte par exemple. Ce parallèle, développé dans une lecture faite devant la Société royale de Londres sur « l'oxyde d'éthylène considéré comme lien entre la chimie minérale et la chimie organique », contribua à faire accepter l'idée de métaux plurivalents et les nouveaux poids atomiques.

La progression régulière de l'alcool au glycol et à la glycérine

tingué des hôpitaux, que nous nous faisons un agréable devoir de remercier ici.

1er janvier 1884. — Jour où nous voyons la malade pour la première fois. Elle nous paraît très affaiblie, la face est d'une couleur cireuse, les fonctions digestives languissantes, avec souffle anémique intense au niveau du cœur et des gros vaisseaux du cou. L'appareil respiratoire fonctionne normalement.

A la palpation, on sent l'utérus remontant presque au niveau de l'ombilic et développé en outre dans la fosse iliaque gauche.

A la vulve fait saillie une tumeur blanchâtre assez considérable dont la procidence est exagérée par la pression abdominale et par les efforts qu'on fait exécuter à la malade.

Ecoulement muco-purulent assez considérable et fétide.

Traitement. — Alimentation légère, poudre de viande, toniques Todd, vin de quinquina.

Injections phéniquées au 1/100e quatre fois par jour. Application sur la tumeur de compresses maintenues humides et trempées dans une solution phéniquée au 1/100e.

16 janvier. — Sous l'influence de ce traitement, l'état général s'était un peu relevé, mais la malade est prise aujourd'hui de phénomènes péritonitiques en même temps que la saillie de la tumeur du vagin s'accentue considérablement. Notons aussi que depuis quelques jours la tumeur a pris une teinte noirâtre, s'est flétrie et répand une odeur infecte, malgré les injections et les lavages constants.

17 janvier. — Ablation au thermo-cautère après ligature élastique d'un myôme pesant 225 gr.; cautérisation du moignon, disparition immédiate des phénomènes péritonéaux. Température, soir: 38o,4.

Les urines noircissent.

Même traitement.

Injections vaginales de chloral au 1/100e. Application sur la vulve de compresses trempées dans la même solution.

19 janvier. — Le mieux s'accentue; écoulement muco-purulent abondant.

21 janvier. — Chute de la ligature élastique. Bon état général. Quatre injections vaginales par jour.

30 janvier. — Bronchite légère, toux fréquente terminant le 31 l'apparition d'une nouvelle tumeur à la vulve qui rentre de temps en temps, mais ressort d'une façon définitive le 3 février et présente à ce moment les dimensions d'un œuf de dinde et détermine bientôt, malgré les injections et le pansement au chloral, des phénomènes péritonéaux (6 et 7 février), qui nécessitent son ablation (8 février) au moyen de l'anse élastique et du thermo-cautère.

Mars 1884. — La malade reprend de jour en jour. Le col de l'utérus est toujours très dilaté, la tumeur le distend et descend parfois jusqu'à remplir le vagin, mais elle s'élimine par miettes sous l'influence des injections.

A la fin du mois, la malade commence à se lever, à aller au jardin; les aliments sont mieux supportés.

Au commencement d'avril, la malade, se sentant bien, demande à retourner chez elle. Elle est gardée cependant encore quelque temps en observation et ne quitte le service que le 26 avril, alors qu'elle peut rester toute la journée debout sans fatiguer.

A ce moment, elle présente l'état suivant:

L'état général est bon; quoique la malade soit toujours pâle, les forces sont revenues assez pour permettre à la malade de faire son lit, de circuler toute la journée dans le jardin de l'hôpital et même d'aider l'infirmière dans le service. Persistance du bruit de souffle anémique au cœur. La numération des globules sanguins n'a point été faite.

Pas de douleurs dans les jambes. La miction et la défécation s'exécutent normalement.

Au palper, on sent à travers la paroi abdominale l'utérus gros comme une tête de fœtus, irrégulier, allongé au niveau de la corne gauche. Il est même possible de distinguer nettement deux tumeurs, l'une plus grosse, arrondie, siégeant en avant, l'autre allongée, située à gauche, s'effilant à sa partie inférieure et tendant à s'engager à travers le col qui est lui-même dilaté de façon à permettre l'introduction du doigt.

L'odyssée pathologique de notre malade n'est probablement point encore terminée, et cependant, quelque forcément incomplète qu'elle soit, cette observation nous a paru intéressante et digne d'être rapportée.

Une des caractéristiques des polypes fibreux, on le sait, est la durée de leur évolution. Pendant près de deux ans, dans le cas présent, quelquefois pendant plus longtemps (jusqu'à dix ans), on voit les malades rendre des fragments de polype sans dommage trop considérable pour la santé générale; car la tumeur, située dans l'intérieur de la cavité utérine, est mal placée pour donner lieu à des phénomènes de compression du côté du rectum, des organes urinaires ou du plexus nerveux, et de fait, dans l'observation précédente, nous ne voyons ni rétention des matières fécales, ni ces lésions des uretères et des reins si fréquentes dans le cas de myômes interstitiels surtout et dont le docteur Pozzi, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, rapportait dernièrement à la Société de chirurgie un si bel exemple.

Les douleurs dont se plaint notre malade n'irradient pas

---

fit entrevoir que l'on irait plus loin un jour. Les travaux plus récents sont venus caractériser l'érythrite, la quercite et la mannite comme des alcools quadrivalent, quintivalent et sextivalent, complétant ainsi la série. Ce n'est pas la moins importante des conséquences de la découverte des glycols.

Le dernier grand travail sur l'*aldol* a occupé notre savant depuis 1872, et quoique la mort soit venue l'interrompre il est achevé dans ses grands traits. M. Wurtz les a tout récemment tracés dans une leçon faite devant la Société chimique. En soumettant l'aldéhyde à l'influence de l'acide chlorhydrique, il a réussi à la polymériser, à condenser en une seule molécule toute la matière contenue dans deux molécules d'aldéhyde. Ce polymère, l'aldol, est encore une aldéhyde et peut, à son tour, subir la même duplication. D'autres aldéhydes se comportent comme l'aldéhyde ordinaire, et il devient dès lors probable que l'aldéhyde formique, la plus simple d'entre toutes, engendrée par la fonction chlorophyllienne dans les parties vertes des végétaux, est la source du glucose contenu dans la sève. Le glucose, d'après sa composition, n'est en effet que de l'aldéhyde formique sextuplée. M. Wurtz, en établissant les lois de ces condensations aldéhydiques, a donc tracé la voie par laquelle il faudra aborder la reproduction synthétique des hydrates de carbone élaborés par les plantes.

Mais il faut me borner. M. Wurtz, dans sa longue carrière scientifique, qui s'étend sur quarante années, a abordé et mené à bonne fin d'autres travaux : Des méthodes générales de synthèses d'hydrocarbures, de phénols, d'acides aromatiques; des recherches sur le diallylo, sur la dissociation du bromhydrate d'amylène, du perchlorure de phosphore, de l'hydrate de chloral, etc. J'en oublie et des meilleurs. L'exposé de ces travaux n'ajouterait d'ailleurs rien à la grande figure du savant. Partout nous trouverions la même précision, la même originalité, le même esprit philosophique.

M. Wurtz a publié un grand nombre d'ouvrages. Ecrivain remarquable, il a répandu dans ses livres la clarté toute française de son esprit; son style est correct, parfois même élégant. Voici les titres des principaux ouvrages : *Traité de chimie médicale*, en deux volumes; *Leçons élémentaires de chimie moderne*; *Traité de chimie biologique*; *Leçons de philosophie chimique*; *la Théorie atomique*; *Histoire des doctrines chimiques, depuis Lavoisier jusqu'à nos jours*; *Dictionnaire de chimie pure et appliquée*, en trois grands volumes, avec un volume

dans les cuisses, comme dans les cas où les plexus lombaires sont comprimés, mais sont caractérisées par des tiraillements lombaires, une sensation de gêne, de pesanteur produite dans le bas-ventre par un utérus trop lourd, et présentent de temps à autre le caractère de douleurs expulsives.

Les métrorrhagies ne se sont montrées dans notre cas que pendant la période initiale de l'évolution de la tumeur.

Nous ne ferons donc que citer ici pour mémoire l'importance qu'elles prennent parfois, importance telle qu'elles arrivent à dominer parfois toute la scène pathologique et à nécessiter une intervention rapide (ablation de la tumeur) et même parfois une opération spéciale (castration, opération de Battey, hystérectomie).

Bien des modes de traitement ont été vantés contre les polypes fibreux de l'utérus ; ils peuvent être subdivisés en deux catégories, suivant que l'action chirurgicale porte sur l'état général ou vise directement le polype.

Il est cependant une indication qui doit dominer toutes les autres ; c'est l'emploi de l'antiseptie. Dans les cas de polypes fibreux, en effet, la muqueuse est toujours malade, plus ou moins enflammée, ulcérée souvent ; autant de conditions favorables au développement des accidents septiques. Ces conditions se trouvent réalisées au plus haut point lorsqu'on traite le polype par la ligature, et c'est ainsi que ce mode de traitement fut longtemps considéré comme désastreux, au point que Lee disait dans ces cas avoir eu une mortalité plus forte que celle du choléra asiatique (West). Quoi qu'il en soit, les lavages antiseptiques du vagin, quelquefois même de la cavité utérine, sont absolument indiqués (acide phénique, hydrate de chloral, liqueur de Van Swieten).

Parmi les médications qui agissent sur l'état général et qui souvent peuvent être seules employées alors que le polype est inaccessible, citons les toniques, les ferrugineux et surtout l'ergotine. L'effet de celle-ci est souvent des plus utiles, car, à côté de son action hémostatique, l'ergot détermine la contraction du muscle utérin et par là même peut agir sur le polype de façon à l'éliminer entièrement (il est notoire que parfois les polypes sont expulsés spontanément) ou du moins à le rendre accessible à l'intervention directe du chirurgien, en dehors de l'élimination spontanée, car celle-ci constitue le seul traitement véritablement curatif.

Le polype est-il facilement accessible, on le saisira avec la pince de Museux ou le tire-bouchon de Richard (*Pratique de la chirurgie journalière*, Paris, 1880) ; au besoin, on l'allongera en sectionnant la capsule celluleuse qui l'entoure toujours et le pédicule sera cerné avec l'anse galvanique, écrasé avec l'instrument de Chassagnac ou enfin, et ce qui paraît préférable d'après notre observation, entouré par un lien élastique et sectionné au thermo-cautère, ce qui garantit mieux contre les hémorrhagies venant du pédicule.

Les flèches de Canquoin ont été employées avec grand avantage.

La ligature élastique rendrait moins grave l'ouverture du péritoine, ainsi que cela a été observé.

A l'heure actuelle et depuis les progrès accomplis par la chirurgie moderne, grâce surtout à l'emploi de la méthode antiseptique, forcés d'ailleurs dans certains cas par une nécessité absolue, les chirurgiens n'hésitent pas à poursuivre le polype jusque dans la cavité de l'utérus, soit en dilatant le col utérin (éponges préparées, tiges de limanaria), soit même en le sectionnant.

Le polypotome de Simpson (*On the detection and treatment of extra-uterine Polypi*. MONTHLY JOURNAL, janvier 1850) pourra être employé avec avantage dans les cas de cette catégorie.

THÉRAPEUTIQUE HYDRO-MINÉRALE

L'HÉMOPHILIE EST-ELLE UNE CONTRE-INDICATION AU TRAITEMENT PAR LES EAUX DE VICHY ? par M. le docteur J. CORNILLON.

Le titre même de notre sujet peut donner lieu à des divergences d'interprétation regrettables ; nous allons l'expliquer en lui consacrant quelques lignes de développement. Il n'est pas dans notre intention d'étudier l'hémophilie essentielle, variété rare aujourd'hui qu'on connaît mieux les maladies générales pouvant influer sur la circulation capillaire de l'économie.

Prétendre que l'hémophilie n'est jamais idiopathique, ce serait aller trop loin assurément ; mais il est hors de doute que le plus souvent les hémorrhagies spontanées, abondantes et répétées qui ont lieu par les fosses nasales, les gencives,

de supplément ; enfin un grand nombre de discours, parmi lesquels nous citerons un éloge de Laurent et Gerhardt, et la théorie des atomes dans la conception générale du monde. Il est enfin le fondateur du RÉPERTOIRE DE CHIMIE PURE, qui, fusionnant en 1863 avec le RÉPERTOIRE DE CHIMIE APPLIQUÉE, est devenu le BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ CHIMIQUE.

Mais j'aurais donné une idée bien incomplète de l'influence que M. Wurtz a exercée pendant trente ans sur le développement de la chimie si je n'ajoutais pas qu'il était le chef d'une école nombreuse. Expérimentateur hors ligne et profondément pénétré de cette vérité que les faits constituent la seule pierre de touche des théories, il pouvait se permettre d'aller au-devant des hypothèses. Celle des atomes séduisait sa vive imagination, à la fois par sa simplicité et sa grandeur. Il l'a développée dans ses recherches expérimentales, l'a répandue par ses écrits et son enseignement, et l'a défendue dans des discussions académiques, brillants tournois dont on a gardé le souvenir. Mettant à son service le meilleur de son intelligence, le meilleur de son activité, il a puissamment contribué à son triomphe, et il sera permis de rappeler ce qu'il a inscrit fièrement en tête de son livre : *la Théorie atomique* : « Comme toutes les idées justes, elle a grandi avec le temps et rien jusqu'ici n'a arrêté son essor ; comme toutes les idées fécondes, elle a été un instrument de progrès, même entre les mains de ses détracteurs. Ces derniers se font rares aujourd'hui, et la conception dont il s'agit tient ferme, semble-t-il, contre l'opposition intéressée des uns et contre les attaques subtiles des autres. »

Ce que M. Wurtz a été pour son école, M. Grimaux, parlant au nom des élèves, l'a dit en termes touchants sur la tombe du maître. Je ne puis mieux faire qu'en répétant avec lui : « Jamais il ne fut de maître plus aimé, plus vénéré, entouré d'élèves plus dévoués et plus reconnaissants. »

A. HENNINGER.

COMMISSION POUR CONTRÔLER LES EXPÉRIENCES DE M. PASTEUR SUR LA PROPHYLAXIE DE LA RAGE. — Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique en date du 19 mai, sont nommés membres de cette commission : MM. Béclard, Paul Bert, Bouley, Villemin, Vulpian et Tisserand.

l'estomac, les bronches, frappant tous les âges, toutes les conditions sociales, que celles provoquées par un traumatisme léger, une blessure de peu d'importance, sont sous la dépendance d'un état diathésique ou d'une maladie chronique. La première variété est complètement en dehors de notre sujet; la seconde, au contraire, se rencontre chaque jour sous nos pas, étant généralement produite par le diabète, les scléroses du foie, la gastrite chronique ou les lésions du système urinaire. C'est donc de cette dernière variété que nous nous proposons de parler.

S'appuyant sur des expériences anciennes de M. Chevreul, M. Mialhe a soutenu à maintes reprises que les alcalins étaient des agents puissants d'oxydation, qu'ils augmentaient l'urée et activaient la circulation, qu'ils dissolvaient les principaux éléments (fibrine, albumine) qui forment la base de la plupart des engorgements. Cette opinion a été admise dans une certaine mesure; aujourd'hui elle a encore cours dans la science.

Plus clinicien que Mialhe, mais moins physiologiste, Prunelle prétend que les eaux bicarbonatées sodiques ont une action élective sur la portion abdominale du grand sympathique. Ne soupçonnant pas encore l'existence des nerfs vasomoteurs, il ne pouvait guère expliquer autrement la résolution des engorgements hépatiques, spléniques ou autres qu'il avait observés dans sa pratique. M. Durand-Fardel est plus précis, car il avance que la médication alcaline agit particulièrement sur le système de la veine-porte. En activant la circulation capillaire de l'abdomen, elle fait disparaître ainsi les lésions viscérales chroniques qui se trouvent dans la cavité péritonéale.

A l'état normal, l'utérus participe largement à ce travail congestif général. Voici, en effet, ce qui se passe chez les femmes réglées qui viennent à Vichy suivre un traitement pour une affection chronique quelconque, mais indépendante de la matrice. Généralement elles arrivent peu après la fin de leurs règles, afin de pouvoir se baigner tout à leur aise. Vers le dixième ou le douzième jour de la cure, parfois avant, elles ressentent de l'agitation, de l'excitation nerveuse, de la céphalalgie, de l'insomnie, qu'elles ne manquent pas d'attribuer à la balnéation ou à l'hydrothérapie, et le lendemain elles sont tout étonnées de voir reparaître leurs règles. Pensant que ce retour n'a rien de sérieux et surtout afin de ne pas perdre un temps précieux, elles continuent la médication interne, parfois aussi la médication externe; le flux augmente alors et ne cesse que quand on a suspendu tout traitement.

Cette congestion utérine est tout à fait bénigne; ce n'est qu'exceptionnellement qu'elle prend le caractère d'une métrorrhagie. Cependant on observe de temps en temps, chez des femmes touchant à l'âge de la ménopause dont l'utérus ne présente ni fibromes ni cancer, un flux hémorrhagique tellement abondant qu'on est obligé de recourir au tamponnement du vagin, et d'administrer le seigle ergoté à l'intérieur. Les faits de ce genre se comptent; quoi qu'il en soit, l'hémorrhagie ne résiste jamais à cette médication.

Chez les jeunes filles de quinze ans non encore réglées, les eaux bicarbonatées sodiques déterminent fréquemment une hyperémie utérine assez marquée pour provoquer d'une façon définitive l'apparition du flux cataménial. Ces exemples sont si communs qu'on ne peut voir là une simple coïncidence. Mais ce qui est encore beaucoup moins rare, c'est de voir, chez des femmes ayant dépassé la cinquantaine, et dont les règles sont supprimées depuis deux ou trois ans, de véritables « pertes » durant cinq ou six jours et s'accompagnant de coliques, douleurs lombaires, etc. Si après leur cessation on examine l'utérus, on est tout surpris de ne trouver ni tumeur ni lésion soit du col, soit du corps, expliquant l'apparition brusque de cette hémorrhagie.

Sont-ce bien des menstrues à qui on a affaire dans ces cas? Nous ne le pensons pas, car, une fois la cure alcaline suspendue, l'écoulement s'arrête pour ne plus reparaître dans l'avenir. Quoi qu'il en soit, ces derniers faits, comme les précédents, ne peuvent s'expliquer autrement que par un afflux sanguin considérable dans les sinus utérins, sous l'influence de la médication alcaline; dans l'un comme dans l'autre cas, on peut, une fois l'hémorrhagie arrêtée, reprendre la cure thermale et la continuer jusqu'à son terme habituel de vingt à vingt-cinq jours,

C'est une perte de temps et rien de plus. Cependant, chez quelques femmes nerveuses ou pléthoriques, les règles apparaissent au début du traitement thermal, s'arrêtent lorsqu'on le suspend, et recommencent dès qu'il est repris. Les exemples de ce genre sont rares.

Lorsque l'utérus est gravide, la congestion dont il est le siège n'est jamais assez forte pour provoquer l'expulsion de l'embryon ou du fœtus. Il est possible que, dans des grossesses datant de quelques semaines, cet accident se produise, bien que jusqu'ici rien ne donne à le supposer; mais, lorsque la grossesse remonte à plusieurs mois, l'avortement n'est pas à craindre. MM. Willemin et Nicolas se sont prononcés catégoriquement sur ce point. A différentes reprises, j'ai pu moi-même faire suivre à des femmes enceintes un traitement thermal assez étendu, sans être témoin du plus léger accident. Il est donc à supposer que l'action de l'eau de Vichy s'exerce seulement sur les sinus qu'elle hyperémie, mais qu'elle n'excite pas la contraction des fibres musculaires de l'utérus.

Cette action est tout aussi énergique sur la circulation veineuse de la partie inférieure du gros intestin. Chez les malades qui suivent un traitement thermal, il n'est pas besoin qu'il y ait prédisposition évidente, soit par une vie sédentaire, soit par une sclérose du foie, soit par une obésité marquée, pour qu'une tumeur hémorrhoïdale se forme. Cependant, lorsqu'il y a déjà une stase sanguine habituelle dans le rectum, les hémorrhoïdes se constituent beaucoup plus rapidement.

C'est vers la fin de la première moitié de la cure, quelquefois aussi dans les derniers jours, qu'on observe les premiers symptômes de ce genre de tumeur. Les malades se plaignent de démangeaisons, de cuisson à l'anus, de constipation, de malaise général, de chaleur à la peau. Lorsqu'ils vont à la selle, ils éprouvent de la pesanteur au fondement, de la gêne, et, après quelques jours de souffrances, une petite grosseur apparaît à la marge de l'anus. Sous l'influence des efforts de défécation, elle augmente peu à peu de volume, donne d'abord lieu à un suintement sanguin presque inappréciable; mais bientôt il se produit à sa surface de véritables hémorrhagies.

Dans d'autres cas, les hémorrhoïdes sont disparues depuis plusieurs années, les malades en ont oublié les malaises et les douleurs, et tout d'un coup, après quelques jours de cure à Vichy, elles reviennent avec leurs caractères primitifs d'inquiétude et de flux. Parfois même l'écoulement sanguin qui se produit alors est plus accentué qu'autrefois.

Chez les gens porteurs d'hémorrhoïdes fluentes à périodes

fixes, il est rare qu'après quelques jours de traitement alcalin il ne se déclare pas un écoulement sanguin d'une certaine importance. Comme pour l'utérus, le flux habituel est ordinairement avancé, rarement il est retardé, toujours il est plus abondant et plus long qu'avant la cure.

Dans les trois cas que nous venons d'examiner, si, une fois l'hémorrhoïde constituée, on continue l'emploi de nos eaux, la fluxion augmente en même temps que la tumeur grossit, devient chaude, douloureuse. La marche est alors pénible, il y a de la fièvre, de la céphalalgie. Il se produit des coliques, de la transpiration. Pendant plusieurs jours, le malade voit du sang dans ses selles et aussi en dehors des épreuves de la défécation. L'écoulement acquiert alors une assez grande abondance. Rarement cependant on est obligé d'intervenir énergiquement soit par des bains de siège, soit par des applications d'eau froide; la suspension du traitement pendant deux ou trois jours suffit ordinairement pour arrêter l'hémorrhagie. On peut ensuite reprendre la médication alcaline, qui se termine alors sans incident nouveau.

Il m'est arrivé plusieurs fois d'observer, chez des malades atteints de cirrhose du foie, la continuation du flux hémorrhoïdaire pendant toute la durée de la médication thermale : mais je me hâte de dire que les exemples de ce genre sont tout à fait exceptionnels.

Hémorrhagies nasale et gingivale. — L'épistaxis essentielle n'a rien de commun avec le sujet qui nous occupe. Il en est de même des hémorrhagies nasales secondaires occasionnées par des fièvres graves, la dothiénentérie par exemple. Mais il arrive parfois que, dans les scléroses du rein et surtout du foie, il survient des épistaxis qui, sans constituer un symptôme prépondérant, ne doivent cependant pas être considérées comme un accident ou un épiphénoméne sans valeur. Fréquemment alors l'écoulement se borne à quelques gouttes de sang le matin au réveil, lorsque le malade se mouche, et dans la journée lorsqu'il éternue. D'autres fois aussi on a affaire à de véritables hémorrhagies par l'abondance du sang répandu, par l'affaiblissement général et l'anémie qu'elles entraînent à leur suite. Dans les cirrhoses du foie, on les observe à toutes les périodes de la maladie, mais surtout au début. C'est même un auxiliaire puissant lorsque le diagnostic est hésitant. Apparaissant d'une façon brusque, elles persistent plusieurs jours, des semaines même, s'arrêtent ensuite pendant quelques mois pour reparaître, sans qu'on puisse invoquer une cause extérieure quelconque. Chez certains malades, il ne se passe pas de semaines sans qu'une épistaxis importante, sérieuse, ne vienne aggraver son état.

Si, dans le scorbut, l'hémorrhagie gingivale est un symptôme constant, dans les cirrhoses du foie (surtout dans la forme hypertrophique) elle est une complication pas très rare. Moins commune dans le diabète, comme aussi moins abondante, elle mérite cependant d'être mentionnée parce qu'elle donne souvent lieu à des méprises. Parfois, en effet, les crachements de sang sont pris pour des hémoptysies, mais il suffit alors d'examiner l'état des dents et des gencives, d'ausculter la poitrine, pour éviter toute erreur.

Lorsqu'un cirrhotique est sujet à des épistaxis ou à des hémorrhagies gingivales abondantes et répétées, le traitement alcalin est-il formellement contre-indiqué ?

Dans les scléroses du foie qui débutent, Vichy arrête souvent la marche du processus morbide; lorsque l'affection est arrivée à sa période d'état, nos eaux reculent la terminaison fatale, retardent la cachexie. C'est un fait très habituel. Certains prétendent même que, si le sujet n'est pas encore arrivé à une période très avancée, la guérison peut se produire. Bien que cette assertion mérite d'être confirmée par de nouveaux faits, et qu'il y ait tout lieu de croire qu'on a pris un temps d'arrêt, une rémission, pour une guérison complète, il n'en est pas moins avéré que Vichy améliore notablement la situation des malades atteints de cirrhose hépatique même avancée. Dans ces cas, les épistaxis, les hémorrhagies gingivales, ne constituent pas une contre-indication formelle au traitement par les alcalins. Intimement liées à un état dyscrasique du sang et à une gêne dans la circulation générale, ces hémorrhagies cessent assez vite, pour peu que l'affection chronique dont elles dépendent soit elle-même modifiée avantageusement.

Dans les cas habituels, après la première semaine de la cure alcaline, les écoulements sanguins diminuent d'abondance et de fréquence; en même temps les forces reviennent, l'affaiblissement ne fait plus de progrès. A la fin du traitement, les hémorrhagies nasale ou gingivale sont complètement arrêtées. Dans les cas les moins favorables, ces écoulements sanguins suivent leur cours ordinaire; ils n'augmentent ni ne diminuent d'intensité sous l'influence des alcalins. Aussi le tamponnement des fosses nasales pour des épistaxis rebelles est-il rare à Vichy. Une seule fois, j'ai dû intervenir activement pour arrêter une hémorrhagie gingivale qui se produisait deux ou trois fois par jour au niveau de la canine inférieure droite : des applications locales de perchlorure de fer et l'administration du seigle ergoté à l'intérieur furent nécessaires pour l'arrêter. Mais jamais je n'ai dû suspendre le traitement alcalin, à cause de l'abondance de l'écoulement, et dans tous les cas que j'ai traités la cure a été aussi complète que possible.

(A suivre.)

REVUE DES THÈSES.

A. CHANTEMESSE. ÉTUDE SUR LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE DE L'ADULTE, LES FORMES ANORMALES EN PARTICULIER. — TH. DE PARIS. A. Delahaye et Lecrosnier.

Si la méningite tuberculeuse de l'enfant nous est maintenant bien connue, il n'en est pas de même de la méningite tuberculeuse de l'adulte et surtout des allures anormales qu'elle peut revêtir, en dehors des formes classiques décrites par Dance, Lediberder et Valleix, soit avec prolongement de la période moyenne ou d'oscillation (Jaccoud et Labadie-Lagrave), soit lorsqu'elle emprunte cette forme particulière aux tuberculeux cachectiques, forme précipitée et dont l'aboutissement rapide est le coma final par hydrocéphalie. Il existait dans la pathologie de la méningite une lacune que le docteur Chantemesse a voulu contribuer à combler. Il y a réussi pleinement.

Il nous montre tout d'abord une forme latente de l'affection primitive, s'annonçant par des symptômes de parésie ou de paralysie, forme rare du reste et dont il nous relate une observation saisissante (Obs. I).

Plus fréquentes sont les méningites secondaires qui sont constituées anatomiquement :

1o Par une infiltration granuleuse de la pie-mère ;

2o Par des plaques localisées ;

3o Par une inflammation tuberculeuse lente, chronique, qui n'a pas abouti à l'exsudation purulente, mais à la néoformation conjonctive.

Le processus tuberculeux peut aussi envahir la moelle, déterminer

une méningite spinale s'annonçant par des symptômes paraplégiques et dont la marche, au point de vue anatomo-pathologique, est caractérisée par ce fait qu'elle gagne à la fois en hauteur et en profondeur.

Le chapitre IV du mémoire, qui traite des troubles cérébraux prémonitoires dans la méningite tuberculeuse, nous a paru particulièrement intéressant. « Entre les troubles cérébraux remontant à plusieurs années ou plusieurs mois et la méningite tuberculeuse terminale, il doit y avoir plus d'un rapport de coïncidence »; et l'auteur explique ainsi ces changements de caractère parfois assez considérables pour faire d'un homme jusque-là honnête un escroc, peut être un criminel, mais toujours distincts de cette « vésanie des tuberculeux, » si bien décrite par le professeur Ball.

La symptomatologie, dans ce qu'elle a de particulier aux formes anormales étudiées par l'auteur, est ensuite abordée. Il nous montre l'affection apportant une preuve à la doctrine des localisations, car les troubles moteurs, dans ces formes spéciales, sont sous la dépendance d'une lésion de l'écorce et non d'une altération des corps opto-striés. Après avoir passé en revue les autres symptômes, l'auteur insiste sur le peu d'importance, on pourrait dire l'inutilité absolue au point de vue clinique, de la thermométrie.

Ce sont encore ces lésions corticales que l'auteur décrit avec une compétence particulière dans son chapitre d'anatomie pathologique, sans s'occuper des lésions ordinaires de l'affection devenues classiques depuis la description du professeur Cornil, et il arrive à cette conclusion que la lésion propre subaiguë est plutôt inflammatoire que nécrobiotique, les vaisseaux ne s'oblitérant que peu à peu et laissant aux élément nerveux le temps de s'accoutumer à l'ischémie.

Au sujet du diagnostic, l'auteur insiste bien sur les difficultés qu'il présente parfois Ce n'est qu'après un examen des plus attentifs de tous les organes qu'on pourra éloigner l'idée de tumeur cérébrale, d'hémorrhagie, de ramollissement, surtout si la lésion procède suivant le mode noté dans l'observation I. Chez un tuberculeux ultime, il ne faudra point que le délire asphyxique indiquant « un cerveau grisé par l'acide carbonique », suivant la pittoresque expression du professeur Ball, fasse prendre le change; il faudra enfin penser, selon les cas, à la pseudo-méningite des hystériques et à la concomitance possible d'une affection médullaire.

Deux chapitres consacrés au pronostic et au traitement terminent cet excellent travail dont nous recommandons vivement la lecture.

Dr BERTHOD.

FORMULAIRE

POTION CONTRE LES HÉMORRHAGIES INTESTINALES SURVENANT DANS LE COURS DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Rec. Potion gommeuse	120 grammes.	
Sirop de fleurs d'orangers. }	àâ 20	—
Sirop de menthe }		
Essence de térébenthine	4	—
Ergotine de Bonjean	4	—
Gomme adragante	0,25 centigrammes.	

M. s. a. — A prendre par cuillerées à bouche dans le courant de la journée.

Suspendre la balnéation, si le malade est traité par les bains froids.

E. R.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE.

ACTION DE L'ACONITINE DANS LES NÉVRALGIES. — Les faits cliniques relatifs aux propriétés antinévralgiques de l'aconitine cristallisée, signalés dans ces dernières années, ont attiré l'attention des thérapeutistes et depuis, l'excellent travail du docteur Oulmont (1), médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine, est venu confirmer les résultats énoncés.

« L'aconitine, dit le docteur Oulmont, réussit parfaitement dans certaines formes de névralgie faciale essentielle, c'est-à dire qui ne sont pas liées à d'autres lésions, sans intermittence ni périodicité bien marquées, névralgies congestives, comme les appelle Gubler, survenues le plus souvent à la suite de refroidissement. L'aconitine produit, dans ces cas, des guérisons d'une rapidité extrême. J'ai vu un cas de névralgie faciale datant de sept jours, sans périodicité bien marquée et qui avait résisté au sulfate de quinine, céder instantanément et définitivement à l'azotate d'aconitine.

« Le succès est plus net et plus rapide dans les névralgies récentes que dans les névralgies anciennes; on cite cependant de ces dernières qui ont guéri assez rapidement.

« L'aconitine n'est pas sans action sur les névralgies ou les hyperesthésies secondaires, comme celles qu'on observe dans les caries dentaires, les caries du rocher, l'otite interne, les paraplégies, etc., etc.

« Le rhumatisme articulaire aigu, traité par l'aconitine, nous a donné de beaux résultats. Chez quatre individus auxquels ce médicament a été administré à dose progressive, la guérison est arrivée une fois en huit jours et les autres fois en dix jours. La température de 39 à 38 degrés est descendue à 36°,2 et 36°,1, et le pouls est tombé dans les mêmes proportions. Dans les autres cas, la guérison a été obtenue un peu plus lentement. L'action apyrétique fut également bien évidente.

« Les résultats obtenus par Gubler sont tout aussi remarquables (thèse de M. Franceschini, p. 52 et suiv.); sur quatre observations qui ont été publiées et dans lesquelles les malades ont été traités par l'aconitine à la dose de 1/5 de milligramme, portée graduellement jusqu'à quatre doses par jour, la guérison eut lieu le sixième, le neuvième, le douzième et le treizième jour. L'action sur la douleur a été très rapide; sur la fièvre elle a été plus lente, mais non moins manifeste. »

« Dans les névralgies du trijumeau, dit le professeur Gubler (2), ses effets sont véritablement merveilleux. »

M. le docteur Oulmont termine son travail par cette conclusion que l'aconitine de provenance certaine est un médicament bien défini, qui agit d'une manière sûre et régulière ; mais à cause de son énergie, il faut ne l'employer qu'à très petites doses et largement espacées.

Fréquemment les névralgies sont accompagnées d'accidents intermittents et périodiques bien marqués. Pour combattre cette complication, le docteur Moussette emploie des Pilules très exactement dosées, contenant chacune un cinquième de milligramme d'aconitine et cinq centigrammes de quinium dont l'indication est nette dans ces sortes d'affections.

En raison de l'action énergique de l'aconitine, il est bon de tâter la susceptibilité du malade et de commencer le premier jour par trois pilules, une le matin, une à midi et une le soir.

Si le premier jour on n'obtenait pas une sédation marquée, on pourrait augmenter graduellement d'une pilule par jour, jusqu'à six dans les vingt-quatre heures; on se tiendra à cette dose jusqu'à la cessation des douleurs, et, à moins de cas exceptionnels, il sera bon de ne pas aller au delà : s'il survenait un peu de diarrhée, on diminuerait la dose de ces pilules.

« En résumé, les études physiologiques et les observations cliniques recueillies dans les hôpitaux de Paris ont démontré que l'action sédative que les Pilules Moussette exercent sur l'appareil circulatoire, par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs, indiquent

(1) Docteur Oulmont : *De l'Aconit, de ses préparations et de l'Aconitine considérée au point de vue thérapeutique.* Paris, 1877. Académie de médecine, séance du 29 janvier 1878.

(2) *Leçons de thérapeutique faites à la Faculté de médecine.* Paris, 1877.

leur emploi dans les névralgies du trijumeau, les névralgies congestives, les affections rhumatismales, doulonreuses et inflammatoires, etc., etc. »

A la Société médicale des hôpitaux de Paris (séance du 22 octobre 1880), le docteur Desnos, à propos d'une communication du docteur Empis, cite le cas d'un malade atteint d'aortite dont les souffrances étaient notablement calmées par l'aconitine. Mais il fait remarquer que le changement de l'aconitine donne des résultats tout à fait différents.

M. le docteur Constantin Paul trouve qu'il est indispensable de toujours spécifier la provenance du médicament : « On obtient, dit-il, des effets très variables avec l'aconitine, suivant la provenance de cette substance. »

Il est donc bien important pour le médecin et le malade que le médicament employé soit toujours identique dans sa composition et d'un dosage rigoureusement exact; à cet égard, on aura toute garantie en employant les véritables Pilules Moussette de Clin et Cie.

NOTES & INFORMATIONS

Association des médecins de la Gironde. — L'Association des médecins de la Gironde se réunira en assemblée extraordinaire le dimanche 25 mai.

L'ordre du jour est ainsi conçu :

1° Compte rendu des délégués;

2° Elections :

D'un président, en remplacement de M. Denucé, démissionnaire;

De deux vice-présidents, en remplacement de MM. Lannelongue et Vergely, démissionnaires;

De cinq membres du Conseil d'administration (pour Bordeaux-ville), en remplacement de MM. Burguet, Ch. Dubreuilh, Hirigoyen, Levieux et Moussous, démissionnaires;

D'un membre du Conseil (pour l'arrondissement de Bordeaux extra-muros), en remplacement de M. Kort, décédé;

De deux membres du Conseil (pour l'arrondissement de Libourne), en remplacement de MM. Burgade et Vitrac, arrivés au terme de leurs fonctions;

3° Vote sur les candidatures nouvelles;

4° Communication de M. le docteur Lande, relative à une Caisse de retraites du Corps médical français.

— L'Académie royale de médecine de Belgique met au concours les quatre questions suivantes : 1° Etudier l'influence du système nerveux sur la sécrétion urinaire, en se basant spécialement sur des recherches personnelles (Prix : 800 francs); 2° Déterminer expérimentalement l'influence que la dessiccation, employée comme moyen de conservation, exerce sur les médicaments simples du règne végétal (Prix : 600 francs); 3° De l'action physiologique des soustractions sanguines, tant locales que générales; indications et contre-indications dans le traitement des maladies (Prix de 1500 francs); 4° Déterminer par de nouvelles expériences et de nouvelles appliéations le degré d'utilité de l'analyse spectrale dans les recherches de médecine légale et de police médicale (Prix de 1500 francs).

Les mémoires écrits en latin, en français ou en flamand devront être envoyés, pour la première question, avant le 15 février 1885; pour la deuxième question, avant le 1er juillet 1885 : pour la troisième question, avant le 31 décembre 1885, et pour la quatrième question, avant le 1er avril 1885.

— L'élection au Conseil supérieur de l'instruction publique d'Italie de deux membres chargés de représenter les Facultés de médecine et d'art vétérinaire ont donné au premier tour de scrutin 68 voix (sur plus de 200 votants) au professeur Moleschott. — Un second tour de scrutin a été immédiatement commandé pour le choix du deuxième représentant. Les professeurs qui avaient obtenu le plus de voix après M. Moleschott sont MM. Albanese (60 voix), Lussana (49), Randaccio (45).

(Gazetta medica italiano-Lombardia.)

— M. le professeur R. Lépine cherche à expliquer et apprécie, dans le Lyon médical, les expériences de M. Cumberland sur la transmission de la pensée; avec M. Charles Garnier, il admettrait volontiers la perception de la pensée d'autrui sous l'influence de mouvements involontaires et même inconscients. M. Cumberland convient bien qu'il n'y a rien de surnaturel dans ses expériences, mais il ne parle pas de mouvements perçus, laissant supposer qu'il « lit réellement dans la pensée », grâce à sa puissance exceptionnelle de perception. Et cependant M. Cumberland dit plus loin que le corps est le *compteur* de l'esprit. Or, de deux choses l'une : ou bien il fait une comparaison sans valeur, ou bien il avoue implicitement l'existence d'un *mouvement matériel*; car c'est un *mouvement* de cet ordre que produit le passage d'un fluide dans le *compteur*. Sans qu'il soit besoin d'insister, on saisit l'équivoque derrière laquelle se retranche M. Cumberland, lorsqu'il parle d'*action physique*, sans chercher à la définir. Qu'il s'y complaise, ajoute M. Lépine, c'est son affaire; à nous d'essayer de la dissiper.

— Voici quels seraient (« Der Militærazt », 1884) en Europe les organes spécialement consacrés à la médecine militaire : si en France nous avons les « Archives de médecine et de pharmacie militaires » qui paraissent, depuis un an, deux fois par mois, la Belgique a ses « Archives médicales », l'Italie a son « Giornale di medicina militare », l'Espagne possède la « Gaceta de sanidad militar ». Le Portugal, une « Gazeta dos hospitales militares »; en Hollande se publie le « Nederlandsch milit. geneeskundig Archief »; en Suède, le « Tidskrift i militar Helsovard »; en Autriche, le « Feldarzt » et le « Militæraszt »; en Allemagne, le « Deutsche Militæraztliche Zeitschrift », et en Russie le « Voieno medicinski Journal » et le « Voieno sanitarnæ dielo ».

— L'épidémie de fièvre typhoïde qui depuis le mois de février sévissait à Genève avec une telle intensité que, dans la seule journée du 10 mars, 65 nouveaux cas avaient été déclarés, est en complète décroissance. D'après le Bulletin de statistique rédigé par le professeur Dunant, le chiffre des morts par fièvre typhoïde, qui n'avait été que de 5 en février et était monté à 54 en mars, s'est encore élevé en avril à 43. Mais à la date du 3 mai le chiffre des malades s'était réduit des 7/8. Les cas graves sont devenus tout à fait rares. La désinfection des fosses d'aisances et leur lavage à grande eau sera renouvelée souvent pendant toute la durée de l'été et de l'automne, afin de détruire les germes qui pourraient provoquer des cas nouveaux.

— D'après une statistique publiée par M. Alves Branco (Correio medico), le chiffre des ovariotomies pratiquées jusqu'à ce jour en Portugal s'élèverait à 28, dont 19 auraient été suivies de guérison.

— Le docteur Novaro a présenté à l'Académie royale de médecine de Turin une femme de quarante-cinq ans, sur laquelle il a extirpé, sur une étendue de 7 à 8 centimètres, la partie inférieure du pharynx et la partie supérieure de l'œsophage qui étaient le siège d'un cancer. L'opérée peut aujourd'hui, cinq mois après l'opération, avaler des aliments solides, et on ne remarque encore aucun signe de récidive.

— Nous trouvons dans el Siglo medico un tableau intéressant publié par le ministère *de la Gobernacion* des établissements thermo-minéraux qui actuellement sont exploités en Espagne. Cet état comprend 162 établissements. On y voit indiqués la composition chimique, la température, la date de l'ouverture et de la clôture de la saison, le nom des médecins *directeurs* et enfin le chiffre des malades qui fréquentent chacune de ces stations. On sait que la France possède plus de 1,000 sources exploitées, et l'Algérie en a déjà 47.

— L'hôpital général de Saint-Pétersbourg vient d'être détruit par un incendie. Dans l'espace d'une demi-heure, les flammes s'étaient étendues à tout le corps de bâtiment. Néanmoins tous les malades ont pu être évacués, grâce à la promptitude des secours. Deux hommes qui travaillaient à l'enlèvement des objets de literie sont les seules victimes dont on ait à déplorer la perte.

R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Quissac, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier.

— Nous apprenons la mort du docteur Lemoyne, d'Elliers (Eure-et-Loir).

— Les journaux anglais annoncent la mort du docteur Angus Smith, chimiste bien connu par ses travaux sur la falsification des vins et la composition de l'air dans les grandes villes.

***

Assistance publique. — Le concours pour trois places de médecins du Bureau central s'est terminé samedi soir par la nomination de M. H. de Beurmann, Oulmont et Muselier.

— Un concours pour deux places de chirurgiens au Bureau central s'ouvrira le 19 juin 1884, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 19 mai 1884 et sera clos le mercredi 4 juin, à trois heures.

Hôpital de Berck-sur-Mer. — Un concours pour la nomination à une place d'interne à l'hôpital de Berck-sur-Mer s'ouvrira le mercredi 18 juin 1884 dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria.

Le registre d'inscription sera ouvert le lundi 19 mai 1884 et sera clos le mercredi 4 juin.

Les élèves externes des hôpitaux de Paris et les élèves en médecine de 3e année qui auront fait six mois de stage régulier dans un des services de médecine ou de chirurgie des hôpitaux de Paris seront seuls à prendre part à ce concours.

***

Circulaire ministérielle déterminant la situation des étudiants en médecine aspirant au doctorat (ancien régime). — Monsieur le recteur, le règlement d'administration publique en date du 20 juin 1878, relatif aux études de doctorat en médecine, décide qu'à partir du 1er novembre 1885 le régime établi par ce décret sera seul en vigueur.

Il convient de déterminer quelle sera la situation des étudiants appartenant à l'ancien régime qui, à cette époque, n'auront pas terminé leurs études.

Le tableau ci-après indique les principales catégories dans lesquelles ces élèves peuvent être classés et les dispositions qu'il y aura lieu de leur appliquer :

I. Etudiants qui, ayant subi le premier examen de fin d'année, seront pourvus de quatre à huit [illegible]s.

[illegible]tudiants qui, ayant subi le deuxième examen de fin d'année, seront pourvus de douze inscriptions, ou de huit à douze inscriptions, sans avoir subi le troisième examen de fin d'année.

III. Etudiants pourvus de douze à seize inscriptions et qui auront subi le troisième examen de fin d'année.

IV. Etudiants pourvus de seize inscriptions et n'ayant subi aucun examen probatoire.

V. Etudiants pourvus de seize inscriptions et ayant subi avec succès un ou plusieurs examens probatoires d'après l'ancien régime.

VI. Etudiants qui, en juillet 1885, auront été ajournés au troisième examen de fin d'année ou à un examen probatoire, ou en général qui seront sous le coup d'un échec à la fin de l'année scolaire 1884-1885.

Ces étudiants devront subir le premier examen probatoire avant de poursuivre leurs études.

Ces étudiants devront, suivant le nombre des inscriptions qu'ils possèdent, subir le premier examen, ou le premier examen et la première partie du deuxième examen, avant d'être admis à continuer leur scolarité.

Ces étudiants sont autorisés à prendre régulièrement aux époques trimestrielles réglementaires les dernières inscriptions et à passer leurs examens après la seizième.

Ces étudiants subiront tous les examens dans l'ordre prescrit par le décret du 20 juin 1878.

Ces étudiants conserveront le bénéfice des examens subis avec succès, et, pour les autres, seront soumis au nouveau programme dans l'ordre indiqué par le décret du 20 juin 1878.

1° Les étudiants ajournés au troisième examen de fin d'année en juillet 1885 ou qui seraient sous le coup d'un échec à cet examen, à la fin de l'année scolaire 1884-1885, auront la faculté de se présenter de nouveau au mois d'octobre 1885, c'est-à-dire avant le 1er novembre.

D'après le résultat de l'examen, ils seront rangés soit dans la deuxième, soit dans la troisième catégorie.

2° Les élèves ajournés à un examen probatoire au mois de juillet 1885 ou qui seraient sous le coup d'un échec à la fin de l'année 1884-1885 conserveront le bénéfice des examens subis avec succès et seront assimilés aux étudiants de la cinquième catégorie. Il n'y aura nul recours, même dans le cas de maladie.

***

Faculté des sciences de Lyon. — M. Louis Sicard est nommé préparateur du cours de physiologie.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Des concours pour cinq places de chefs de clinique seront ouverts aux dates et dans l'ordre ci-après indiqués : 1o Pour deux places de chefs de clinique médicale, le lundi 7 juillet 1884 ; 2o pour deux places de chef de clinique chirurgicale, le jeudi 10 juillet ; 3o pour une place de chef de clinique obstétricale, le mardi 15 juillet. Les chefs de clinique entreront en fonctions le 1er novembre.

Ecole de médecine de Toulouse. — M. le docteur Jeannel est nommé professeur de clinique externe, en remplacement de M. Resseguet, dont la délégation est périmée.

Faculté des sciences de Caen. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts en date du 17 mai 1884, la chaire de zoologie et physiologie animale de la Faculté des sciences de Caen est déclarée vacante.

***

Corps de santé militaire. — Par décisions ministérielles, en date des 14 et 16 mai, les médecins militaires dont les noms suivent ont été désignés, savoir :

Médecin principal de deuxième classe. — M. Madamet, médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Nantes, passe à l'hôpital de Bordeaux.

Médecins-majors de première classe. — M. Tachard passe des hôpitaux de la division d'Alger au 14e d'infanterie ; — M. Vieusse passe des hôpitaux de la division d'Oran à l'hôpital de Perpignan ; — M. Vigenaud passe de l'hôpital de Perpignan au 56e d'infanterie ; — M. Billet passe du 61e au 133e d'infanterie ; — M. Sedan passe du 133e au 61e d'infanterie.

Médecins-majors de deuxième classe. — M. Sériziat passe du 5e hussards au 3e tirailleurs algériens ; — M. Gaubert passe du dépôt du 101e d'infanterie au 2e chasseurs à cheval ; — M. Kleimpeter passe du bataillon du 31e d'infanterie détaché à Epinal au 58e d'infanterie ; — M. Dubois passe de l'hôpital de Bourbonne-les-Bains au 5e hussards ; — M. Julié passe du 1er tirailleurs algériens au 2e hussards ; — M. Brindel passe du 33e au 135e d'infanterie ; — M. Pitot passe du 21e d'infanterie au 10e cuirassiers ; — M. Bassompierre passe du 2e hussards au dépôt du 101e d'infanterie.

Médecins aides-majors de première classe. — M. Chenu passe du 29e bataillon de chasseurs à pied au régiment de sapeurs-pompiers de Paris ; — M. Moreau passe du 10e dragons au 19e d'artillerie ; — M. Ferra passe du 48e d'infanterie au dépôt du 29e bataillon de chasseurs à pied ; — M. Evesque passe du 120e d'infanterie au 3e régiment du génie ; — M. Véron passe du 1er chasseurs d'Afrique au 68e d'infanterie par permutation avec M. Treillet, aide-major de deuxième classe.

Médecin aide-major de deuxième classe. — M. Verdau passe du 55e d'infanterie au 1er tirailleurs algériens.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 9 AU JEUDI 15 MAI 1884.

Fièvre typhoïde 39. — Variole 3. — Rougeole 48. — Scarlatine 3. — Coqueluche 6. — Diphthérie, croup 43. — Dysentérie 0. — Erysipèle 9. — Infections puerpérales 9. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 66. — Phthisie pulmonaire 213. — Autres tuberculoses 15. — Autres affections générales 60. — Malformation et débilité des âges extrêmes 75. — Bronchite aiguë 28. — Pneumonie 100. — Athrépsie gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 37, — au sein et mixte 24. — Inconnu 1. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 110. — de l'appareil circulatoire 79. — de l'appareil respiratoire 89. — de l'appareil digestif 61. — de l'appareil génito-urinaire 25. — de la peau et du tissu lamineux 8. — des os, articulations et muscles 7. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 41. — Causes non classées 10. — Total de la semaine : 1209 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

DICTIONNAIRE ANNUEL DES PROGRÈS DES SCIENCES ET INSTITUTIONS MÉDICALES (19e année), par le docteur P. Garnier. Dans cet onvrage, les médecins tronveront non seulement le résnmé de tous les progres réalisés par la science médicale en 1883, mais aussi l'indication de tons les faits remarquables de l'année intéressant leur profession, tels qne les qnestione d'enseignement, d'exercice, de jurisprudence, nécrologie, ordonnances, etc. 1 vol. in-12. — Prix : 7 fr. — Paris, Félix Alcan, éditeur (ancienne maison Germer-Baillière et Cie).

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

55e année. 7e série. Tome Ier. N° 22 31 MAI 1884

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION:
Rédacteur en chef: M. le Dr F. de RANSE;
Membres: MM. les Drs J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN;
Secrétaire: M. le Dr E. RICKLIN.

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

CLINIQUE MÉDICALE

SUR L'ORIGINE CORTICALE DU FACIAL INFÉRIEUR, par le Dr RAYMOND, agrégé, médecin de l'hospice des Incurables.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

Voici maintenant l'observation que nous avons recueilie dans ces derniers temps :

OBS. VIII. — *Monoplégie faciale inférieure droite. — Aphasie — Ramollissement du pied de la troisième frontale gauche et du tiers inférieur de la circonvolution frontale ascendante.* (Obs. et dessins par M. Peugnez. externe du service.)

D... (Catherine), soixante-dix-huit ans, marchande. Entre le 7 décembre 1883 à l'hospice des Incurables d'Ivry. Ce jour-là, sans perte de connaissance, elle est subitement devenue aphasique en même temps que paralysée du côté droit de la face. En effet, les traits du visage, dans sa partie inférieure, ont perdu leur symétrie. Le sillon naso-labial gauche est plus profond que le droit qui a presque disparu. L'aile du nez est affaissée à droite; le lobule, au contraire, est dévié à gauche. La bouche, également, est déviée : la commissure labiale gauche remonte plus haut que la droite. A chaque expiration, l'air s'échappe en faisant vibrer les lèvres du côté droit. De ce même côté la salive, baveuse, s'écoule hors de la bouche Les lésions sont limitées à la partie inférieure de la face. *L'orbiculaire des paupières n'est pas pris.* Il n'y a pas de déviation des yeux. Ils ont conservé leurs mouvements normaux. Il en est de même des paupières. Réactions électriques normales.

Il n'existe aucune anesthésie de la face ni des membres. *Ceux-ci ont conservé leurs mouvements normaux.* On ne constate même pas de parésie de l'un ou de l'autre.

La malade peut tirer complètement la langue hors de la bouche. On ne constate pas de déviation de sa pointe. Les mouvements d'écartement des mâchoires, ceux de déglutition s'exécutent normalement pour les solides comme pour les liquides.

Aphasie complète : la malade comprend les questions qu'on lui pose, mais quand elle veut répondre on ne perçoit qu'un bredouillement inintelligible, entrecoupé par les syllabes : « Ah !... ah !... »

L'intelligence est très affaiblie ; D... est presque toute la journée plongée dans une profonde somnolence. Elle pleure facilement et laisse aller sous elle ses urines et ses matières fécales.

A partir de ce moment, D.. va toujours en s'affaiblissant. Le 2 février, on constate un gonflement de la région parotidienne gauche. Les jours suivants, l'œdème augmente, et le 4 on est manifestement en présence d'une parotidite suppurée. L'état général de la malade étant extrêmement grave; on s'abstient de toute tentative chirurgicale.

Mort le 4 au soir.

Autopsie. — L'hémisphère droit ne présente rien d'anormal. A gauche, au niveau de la troisième circonvolution frontale gauche,

FEUILLETON

DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

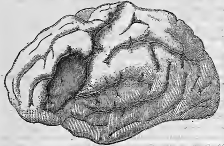
I. Fallu. De l'âge et l'origine de la variole dans le monde. Paris, 1882, in-8. — II. Warlomont. Les origines de la vaccine. Bruxelles, 1882, in-8 — III. E. Turner. L'étymologie du mot syphilis. Les premiers livres publiés sur cette maladie jusqu'à l'apparition du poëme de Fracastor en 1530. Paris, 1883, in-8. — IV. A. Corradi. Tre lettere d'illustri anatomici del cinquecento. Aranzio. Canano. Fallopia. Milan, 1883, in-8. — V Paul Fabre. Notice historique sur la Société des sciences médicales de Gannat, suivie du reglement de la Société et de plusieurs autres documents. Paris, 1884, in-8.

I. Pour les uns, la variole se trouve décrite pour la première fois dans des livres arabes, dans Rhazès. Pour d'autres et M. Fallu se range plutôt parmi ceux-ci, c'est l'évêque Marius d'Avranches qui dans sa chronique : *Historiæ Francorum scriptorum chronicon*, la signale à une date antérieure à l'attention des érudits ..... des temps modernes. J'ajoute que M. Fallu ne croit pas du tout à l'existence du fameux manuscrit arabe de la bibliothèque de Leyde, où se trouve, dit-on, l'histoire détaillée de l'origine arabe de la variole, et je dois dire qu'après beaucoup d'autres j'ai fait moi-même quelques recherches infructueuses sans succès, absolument comme mes devanciers, en dépit de ma volonté bien arrêtée de les trouver en défaut. Les bibliographes comprendront tout le chagrin que m'a causé cette illusion perdue !

Quoi qu'il en soit, l'auteur étudie avec soin la trace des maladies virulentes chez les anciens, et il s'efforce de prouver que la variole se trouve décrite dans plusieurs passages des livres hippocratiques, ce qui lui attirera plus d'un étonnement. M. Fallu termine en disant « que l'homme est prédestiné à la petite vérole, suivant le sentiment de quelques-uns », et je crois comprendre qu'il combat timidement ce sentiment-là. Un mot de plus, et les quelques-uns affirmeraient que la petite vérole se trouvait dans la boîte de Pandore.

II. M. Warlomont, après avoir rappelé que Jenner admettait « comme origine du vaccin : une maladie du talon du cheval qui,

dans la partie postérieure et empiétant largement sur le tiers postérieur de la frontale ascendante (Voy. fig. ci-contre), on constate un foyer de ramollissement.



A ce niveau, la substance cérébrale est jaune, mollasse et affaissée sur elle-même. Toute cette portion du cerveau est convertie en une dépression profonde.

Les coupes méthodiques de Pitres montrent que le faisceau *pédiculo-frontal inférieur* est détruit, tandis que le *faisceau frontal inférieur* paraît moins atteint. Elles montrent, de plus, que les noyaux gris centraux sont sains aussi bien à gauche qu'à droite. Il en est même du centre anal.

Les artères, relativement, sont peu athéromateuses.

La moelle, examinée à l'œil nu, ne présente rien d'anormal.

A ces observations, dans lesquelles les symptômes observés pendant la vie étaient constamment des paralysies, nous en ajouterons une qui présente également un grand intérêt. Ici, en effet, la lésion, au lieu de déterminer l'arrêt de fonction de l'élément nerveux, a produit une irritation des cellules contenues dans la substance grise des circonvolutions motrices qui ont réagi pour donner cliniquement un monospasme de la région qu'elles animaient. Même localisation anatomique, même localisation clinique que dans les observations précédentes.

Obs. IX — *Monospasme facial.* — *Lésion de l'extrémité inférieure de la frontale ascendante*, par M. J. Berkley. (Medical News, july 15, 1882; analysé *in* Brain, octobre 1882, p. 429.)

Malade ne présentant d'autre spasme moteur pendant deux ans et demi qu'un monospasme de l'angle ganche de la bouche. Affection du cœur ancienne. Mort subite. A l'autopsie, on trouva un tout petit nodule calcaire arrondi, situé sur la circonvolution frontale ascendante à un pouce et demi (0m,037) au-dessus de la scissure de Sylvius.

Il existe d'autres cas du même genre où la même localisation a été notée à l'autopsie. Lépine, dans la Revue mensuelle de 1877, présente plusieurs observations de trismus avec lésions cérébrales se rapportant, comme localisation, à celle citée plus bant. Seelegmüler (Archiv für Psychiatrie, B. VI, p. 825) en décrit également une dans laquelle, après un spasme facial limité à gauche, on trouva à l'autopsie un sarcome fusiforme occupant la partie inférieure de la frontale ascendante. Mais dans tous ces cas les lésions motrices s'étendaient au bras ou à tout un côté du corps. Aussi, n'ayant voulu présenter que des cas-types, ne les avons-nous pas rapportés tout au long.

Ainsi donc, quel que soit le genre de lésion qui frappe l'écorce cérébrale, nous pouvons dire que tous les faits cliniques s'accordent pour démontrer que cette lésion, lorsqu'elle atteindra le tiers inférieur de la circonvolution frontale ascendante, produira une paralysie ou un monospasme facial, en un mot que c'est dans cette région qu'il faut localiser le centre des mouvements de la face.

Voyons maintenant si les faits physiologiques viennent corroborer les données cliniques.

Ici nous allons raisonner sur des expériences faites sur des animaux, et nous allons voir si toutes sont en accord parfait avec les autres.

Fritsch et Hitzig en 1870 (Reitcberts et Dubois-Raymond, Archiv, 1870) ont établi, par une série d'expériences sur des chiens, que l'application directe du courant galvanique à la surface des hémisphères, dans certaines régions, provoquait des mouvements. Ferrier, dans son livre intitulé *Fonctions du cerveau*, employant également des courants galvaniques, arriva à des conclusions analogues à celles des auteurs allemands.

Sur les rats, en excitant la partie postérieure du lobe frontal de l'un ou de l'autre hémisphère, on obtient des mouvements de rétraction et d'élévation de l'angle de la bouche.

Chez le cochon d'Inde, l'excitation de la même région pro-

« transmise à la vache par les souillures versées sur les mains des « hommes ayant pansé les chevaux malades, se transforme en *cow-« pox* », explique d'où vient l'erreur du célèbre médecin anglais. C'est qu'il y a deux maladies de ce genre chez le cheval, analogues, mais non identiques, deux *grease* et que Jenner n'en connaissait qu'une. L'une est sans vésicules, l'autre en présente, c'est le *horse-pox* véritable de M. Bouley. Après avoir analysé les discussions qui ont eu lieu ces dernières années sur l'origine unique de la variole et de la vaccine, l'auteur conclut avec « regret » que la thèse de l'unicité, hypothèse simple, respectable, donne mieux qu'aucune autre la clef du problème.

III. M. E. Turner vient de nous donner un travail très instructif sur l'étymologie du mot syphilis, et il a écrit avec tout le soin qu'il apporte dans ses monographies un essai bibliographique fort intéressant sur les premiers livres publiés sur le sujet, jusqu'à Fracastor. Ce dernier a tout simplement composé syphilus à l'aide des deux mots grecs συς et φιλος et du berger Syphile est venu syphilis tout naturellement. Les bons lexiques, Littré lui-même, n'avaient point songé à cela.

Je me permets de signaler à notre savant confrère : 1° une plaquette : *Antidotari's contra furiosam Veneris frenesim* | *per Guolfum cyclopopii cycnea arcium et* | *phil. doctorem de Vulgari*, de la fin du xve siècle ou du commencement du xvie, petit poème que je cherche depuis longtemps; 2o une autre plaquette : *Eyn bewert Recept, sie man das* | *holtz Guayaca für die Krankheit* | *der Franzosen brauchen soll*; 3° *Natalis Montesauri Veronensis de dispositionibus quas vulgares mal Franzoso apellant tractatus*, 1498, in-4; 4o une épition de *Pistoris (Simon) Utrum morbus jam currens malum francum apellatus non proprie malemorigeratum dictus*, 1498. — Ces divers ouvrages sont cités par des catalogues comme étant antérieurs à Fracastor.

J'ai lu avec grand plaisir l'ouvrage de M. Turner et je voudrais lui voir aborder l'origine même de la syphilis. Il nous donnerait, je suis certain, une étude complète de la question. Non seulement la syphilis est attribuée à tous les peuples du monde, chacun d'eux la mettant sur le dos du voisin, mais les idées les plus plaisantes ont couru à son sujet. Le médecin Guillaumet n'a-t-il pas écrit que le mal napolitain provenait de soldats qui avaient mangé de la chair humaine?

duit les mêmes effets, avec mouvement de mastication des mâchoires et enfin rotation de la tête du côté opposé.

Chez le lapin, en excitant une grande étendue de la face frontale de l'hémisphère, on a la rétraction et l'élévation de la bouche, tandis que les mâchoires se meuvent comme pour broûter ou mâcher, la tête se tournant peu à peu du côté opposé. Nous avons répété sur des lapins ces expériences, avec M. Arthaud, et elles nous ont toujours donné le résultat indiqué.

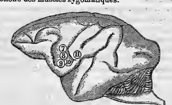
Chez le chat, si l'on excite la partie frontale de la seconde circonvolution externe, on voit aussitôt des mouvements d'élévation de l'angle de la bouche et de la joue.

Chez le chacal, l'excitation d'une région située à la partie antérieure des deux circonvolutions frontales externes (la 2e et la 3e), donne des mouvements d'élévation de la joue en même temps que, les lèvres se plissant, les dents se découvrent et la bouche s'ouvre, la langue étant tirée en avant.

Chez le chien, d'après Hitzig, la zone du facial en entier se trouve au-dessus de la scissure de Sylvius, dans la portion la plus postérieure de la première circonvolution frontale (3e des auteurs français). Mais l'auteur allemand subdivise encore cette zone motrice. Pour lui, la partie la plus supérieure de la région faciale présiderait aux mouvements du muscle droit de l'œil et des muscles du facial supérieur. L'autre portion serait réservée aux muscles du facial inférieur (*Handbüch der Physiologie von Hermann*, 2e vol., page 310).

Eufin, chez le singe, voici comment Ferrier localise les centres des mouvements de la face :

Sur la circonvolution frontale ascendante (7), on obtient des contractions des muscles zygomatiques.



Sur la frontale ascendante, au-dessous de la région précédente (en 8), on a l'élévation de l'aile du nez et de la lèvre supérieure avec abaissement de la lèvre inférieure, de manière à découvrir les dents canines du côté opposé.

En 9 et 10, sur l'extrémité inférieure de la frontale ascendante, au niveau de l'extrémité postérieure de la troisième circonvolution frontale, on a des mouvements des mâchoires et de la langue. Enfin, en 11 et 10, on provoque des mouvements de rétraction de l'angle opposé de la bouche.

Ainsi le centre des mouvements de la face, d'abord vague sur les cerveaux des animaux qui occupent le rang le moins élevé dans l'échelle organique, va toujours s'affirmant de plus en plus, se cantonnant davantage à mesure que l'être se perfectionne, que les plis du cerveau se dessinent; mais, dès le début, on peut voir que c'est dans la partie postéro-inférieure du lobe frontal qu'il est situé. Dès que la circonvolution frontale apparaît, il s'y dessine déjà bien rapproché de la place qu'il occupera plus tard. Enfin, chez l'animal le plus voisin de l'homme comme organisation, chez le singe, nous voyons le centre de la face occupant définitivement la circonvolution frontale ascendante dans sa partie inférieure, ainsi que la portion la plus inférieure de la pariétale ascendante. Chez l'homme, encore plus élevé en organisation, nous voyons ce centre se limiter encore davantage et rester cantonné à la partie inférieure de la pariétale ascendante.

En résumé, la physiologie est venue confirmer les résultats que nous avait donnés la clinique. D'une part, en effet, toutes les observations de monoplégie faciale que nous avons citées ont été accompagnées de lésions occupant la partie inférieure de la frontale ascendante du côté opposé à la paralysie. D'autre part, toutes les expériences des physiologistes montrent que l'excitation de la zône précitée détermine chez les animaux des mouvements dans les muscles innervés par le facial. Il nous a paru intéressant de montrer la concordance parfaite qui existait aussi bien en clinique qu'en physiologie pour *limiter à la frontale ascendante, dans son tiers inférieur, le centre des mouvements de la face*. M. Hallopean, dans une note insérée dans la REVUE DE MÉDECINE, avait déjà cherché à poursuivre le facial jusque dans l'écorce cérébrale, et, au terme de son étude, il s'exprimait ainsi :

« Né sans doute d'un point encore indéterminé de l'écorce « cérébrale, il (le facial) traverse le centre ovale et probablement « aussi la capsule interne, passe dans le segment interne du « noyau lenticulaire ou dans son voisinage immédiat et vient

---

IV. Le savant professeur de Pavie, M. A. Corradi, l'un des plus autorisés représentants de l'histoire et de l'érudition médicales en Europe, vient de publier trois lettres inédites d'Aranzio, de Canano et de Fallope, et ces trois lettres sont accompagnées de commentaires, de détails biographiques et de notes bibliographiques des plus complets; l'on ne saurait, par exemple, écrire désormais la vie de ces trois anatomistes, sans recourir à la notice de notre savant confrère italien. Il a consacré des pages intéressantes à l'histoire du fameux ouvrage de Canano : *Musculorum humani corporis picturata dissectio*, et il élucide avec sa sagacité ordinaire la biographie de ce médecin célèbre, confondu jusqu'à nos jours encore, avec d'autres Canano, Canani, Carcani, Carcano, la plupart ses contemporains, quelques-uns ses parents. De même l'histoire des planches du principal ouvrage de Canano est encore aujourd'hui l'objet de discussions; mais M. Corradi signale les rares exemplaires de cet ouvrage, et l'on pourra rectifier, après leur examen, bien des articles de bibliographie erronés. Nous aurons l'occasion prochainement de revenir sur ce sujet. Nos lecteurs n'ont pas oublié qu'un de nos collaborateurs de la GAZETTE MÉDICALE a publié récemment, à cette place même, une notice sur Canano. Je dois ajouter, pour répondre à des questions réitérées, que je ne suis pas l'auteur de cette notice, que j'ai lue avec profit d'ailleurs.

La partie consacrée à Fallope par M. Corradi n'est pas moins intéressante que celle de Canano et, après avoir tourné le dernier feuillet de la brochure, l'on n'hésite pas à souhaiter un nouveau travail de l'auteur. Ils sont de ceux que l'on conserve et que l'on consulte souvent.

V. J'émettais récemment le vœu, et ce n'était pas la première fois, que les sociétés scientifiques de province voulussent bien fouiller leurs archives et nous donner leur histoire. Celle de Gannat répond à mon appel. Elle est de date récente (1845); elle est modeste, mais elle persiste. Elle vit de quelques cotisations et dons, et n'a reçu de la munificence du département que 600 francs en quarante-huit ans! Elle publie régulièrement un Bulletin annuel.

L'on peut lire, dans la brochure publiée récemment, l'histoire de cette Société, son organisation, ses travaux. Je n'ose pas dire trop de bien de son laborieux secrétaire général, M. Fabre (de Commentry), puisqu'il est collaborateur de la GAZETTE MÉDICALE, mais

« se placer dans le pédoncule cérébral avec le faisceau bulbaire « en dedans du faisceau pyramidal qui occupe sa partie mé- « diane pour s'entrecroiser en un point indéterminé de la pro- « tubérance et aboutir an noyau qui lui est commun avec le « moteur oculaire externe. »

On voit que le trajet du nerf est encore assez vague, mais nous croyons que les données qui précèdent peuvent servir à déterminer exactement, et d'une façon indiscutable, le point d'origine du facial dans l'écorce cérébrale.

Il importe, en terminant, de faire remarquer que le faisceau *pédiculo-frontal inférieur* (sous-jacent à la troisième circonvolution frontale) a été détruit par la plaque de ramollissement, ce qui explique l'aphasie. Le *faisceau frontal inférieur* (sous-jacent à la frontale ascendante) n'est vraisemblablement atteint qu'en partie, puisque le facial inférieur seul est paralysé, à l'exclusion de l'hypoglosse et de la branche motrice de la cinquième paire. Enfin l'absence de lésions du centre ovale, des ganglions centraux, etc., rend parfaitement compte de l'absence d'hémiplégie du côté des membres.

THÉRAPEUTIQUE HYDRO-MINÉRALE

L'hémophilie est-elle une contre-indication au traitement par les eaux de Vichy ? par M. le docteur J. Cornillon.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

Hémoptysie. — La dyspepsie est souvent un signe précurseur de la tuberculose pulmonaire ; bien avant que le premier crachement de sang se déclare, on observe chez les malades des troubles gastriques persistants. On a même prétendu que c'était l'opiniâtreté de ces désordres fonctionnels qui était la cause prochaine de la tuberculose. Nous ne nous arrêterons pas à discuter les diverses opinions émises sur cette question de pathogénie.

A Vichy, il nous arrive à chaque instant d'observer des dyspeptiques jeunes, amaigris, affaiblis, en voie de tuberculisation, qui nous sont adressés pour suivre un traitement thermal. Dans ces cas, la médication alcaline est généralement bien supportée ; à vrai dire, on se contente de prescrire de faibles doses d'eau minérale en boisson ; mais on n'est avare ni de bains ni de douches, et cependant jamais on ne voit se produire de crachements de sang. Malgré cela, l'état de ces dyspeptiques ne s'améliore pas : ils sont comme par le passé inappétents, ils digèrent mal, ont des flatuosités nombreuses, et à bref délai la tuberculose apparaît avec son cortège symptomatique classique. Lorsque la phthisie est confirmée, tout traitement alcalin doit être supprimé ; on traitera la dyspepsie par le procédé de Debove.

En est-il de même de la phthisie diabétique ? Les eaux de Vichy sont-elles contre-indiquées dans ce cas ?

C'est dans cette complication du diabète qu'on observe à Vichy la plupart des hémoptysies. Bien que la tuberculose revête dans cette maladie le plus souvent le caractère torpide, il n'est pas rare cependant de voir des phthisies éréthiques donner lien, à différentes reprises, à des crachements de sang abondants. C'est à ce titre que nous allons parler du traitement alcalin de la phthisie diabétique.

Chez les glycosuriques de 15 à 20 ans, la tuberculose suit une marche rapide. Très vite les malades se cachectisent, et au bout de peu d'années ils succombent, quoi qu'on fasse pour enrayer la marche de l'affection primitive. Dans ces cas, Vichy est au moins inutile, car les quantités énormes de sucre que ces malades éliminent chaque jour ne diminuent pas sensiblement sous l'influence du régime et de la médication thermale. Quant aux forces, elles ne reviennent pas, et l'amaigrissement augmente plutôt qu'il ne décroît. En ce qui concerne la tuberculose pulmonaire, elle reste stationnaire lorsqu'elle ne s'aggrave pas.

L'âge mûr, la vieillesse même ne sont pas exempts de la phthisie diabétique. Toutefois, c'est de 45 à 50 ans qu'on l'observe le plus communément. Cette déchéance physiologique, dit Bouchardat, est le privilège presque exclusif des gens qui ont négligé de se soigner, qui n'ont vu dans la glycosurie qu'un phénomène insignifiant dont il n'y avait pas à tenir compte, ou qui ont ignoré leur diabète parce qu'il déterminait peu de troubles inquiétants et palpables.

Suivant Richardson, la phthisie pulmonaire du diabétique serait remarquable par deux caractères : sa marche rapide, l'absence de sueurs à la suite des accès de fièvre intermittente symptomatique. La dernière proposition est curieuse, dit M. Brouardel ; quant à la première, elle est trop absolue.

---

je puis en dire beaucoup de la Société, et je puis encourager les efforts de ses membres, lui étant étranger et tout à fait impartial. Pour qui connaît la province, la persévérance des membres actifs de la Société de Gannat appelle la sympathie.

Dr A. Dureau.

Faculté des sciences de Montpellier. — M. J.-L. Tempié vient de donner à la Faculté des sciences de Montpellier la somme de 10,000 francs. Cette somme est destinée à la fondation d'un prix annuel qui portera le nom du donataire. Ce prix sera décerné, sous forme d'instruments de travail et de livres, à celui des candidats à la licence ès sciences naturelles (élève de ladite Faculté) qui aura passé les meilleurs examens dans le cours de l'année, pourvu qu'il ait obtenu la note minimum *assez bien* pour l'ensemble des épreuves.

Dans le cas où le prix ne serait pas décerné, les arrérages disponibles seront convertis en une rente qui augmentera la valeur du prix pour les années suivantes.

École de médecine de Marseille. — MM. les docteurs Pluyette et Dor sont institués, pour une période de deux ans, à partir du 1er mai 1884, chefs de clinique chirurgicale, en remplacement de MM. Monier et Arnaud, dont les fonctions sont expirées.

***

Société de médecine légale. — La Société de médecine légale vient de déclarer dans une de ses dernières séances la vacance de dix places de membres correspondants nationaux.

Les candidats (appartenant aux sciences médicales et juridiques) doivent, sans retard, adresser leurs demandes au secrétaire général, 7, rue Monsigny, à Paris.

Société philanthropique des gardes-malades. — La Société philanthropique des gardes-malades ambulancières a l'honneur d'informer MM. les docteurs, qu'elle vient d'organiser un dispensaire au siége social, 95, rue du Rocher, pour panser gratuitement les malheureux blessés. Elle envoie faire les pansements à domicile quand les blessés ne peuvent se rendre au dispensaire.

Beaucoup de diabétiques ont au contraire des phthisies très lentes, marchant par poussées et s'arrêtant quand la maladie s'amende. Cette marche rapide mentionnée par Richardson est admise par Wilks et Davy. Dans sa thèse inaugurale, M. Coste l'accepte également et, au point de vue de l'évolution, il compare ce processus à celui de la tuberculose aiguë. En voulant trop généraliser, ces auteurs ont établi une confusion regrettable dans la marche de la tuberculose chez le diabétique. Il est certain qu'à l'époque de la puberté la phthisie évolue vite; mais à l'âge mûr et dans la vieillesse elle franchit toutes ses périodes avec une grande lenteur. A ce moment de la vie, on voit même bon nombre de tuberculeux ne jamais devenir phthisiques. En effet, à l'autopsie des diabétiques qui succombent d'une affection intercurrente, on est frappé de la fréquence du tubercule dans les poumons. A maintes reprises, il m'a été donné de constater sur le cadavre des quantités énormes de ces néoplasmes, tantôt isolés, tantôt en masse, les uns à la période de crudité, les autres en voie de ramollissement, sans que pendant la vie on ait pu soupçonner leur présence, soit par l'auscultation, soit par les symptômes accusés par les malades.

En somme, la phthisie diabétique chronique présente, comme la phthisie chez les arthritiques, trois caractères principaux : la grande lenteur dans la marche et l'évolution des symptômes, et l'absence de rapport entre l'état local du poumon et l'état général du sujet.

M. Durand-Fardel prétend que, s'il y a la moindre prédisposition à la phthisie, les eaux de Vichy sont formellement contre-indiquées dans le diabète. C'est donc, dit-il, avec la plus grande réserve qu'il faut recommander le séjour de nos thermes aux jeunes sujets. C'est assurément pousser trop loin la prudence. Il est certain, en effet, que dans presque toutes les autopsies de glycosuriques succombant d'une affection intercurrente on trouve des tubercules dans les poumons; c'est dire que presque tous les diabétiques sont plus ou moins tuberculeux. Or, priver les malades de cette catégorie du bénéfice des eaux de Vichy, c'est exclure la plus grande partie des diabétiques, c'est en outre aller contre le but où l'on tend, car, en n'arrêtant pas les déperditions sucrées quotidiennes, on favorise l'invasion de la phthisie.

Doit-on continuer la médication alcaline lorsque la phthisie est confirmée ?

A la première période, il ne saurait y avoir de doute, les hémoptysies qui se montrent de préférence à ce moment ne sauraient l'empêcher, à moins qu'elles ne soient trop abondantes ou trop fréquentes et qu'elles ne s'accompagnent de fièvre et d'abattement. Mais, lorsque la congestion pulmonaire est peu active, la cure thermale n'est pas contre-indiquée. Pendant l'hémorrhagie, il est sage toutefois de suspendre les bains et les douches; si malgré cela, l'écoulement sanguin augmente ou persiste, quelques centigrammes de poudre de digitale suffisent pour l'arrêter définitivement. Il n'y a que dans les cas exceptionnellement graves que tout traitement minéral doit être sévèrement proscrit, mais les faits de ce genre sont rares. Pour mon propre compte, je n'en ai encore vu qu'un seul exemple.

Dans la deuxième période de la phthisie diabétique, le traitement alcalin n'est pas contre-indiqué, mais il doit être modéré. Cependant, lorsqu'il y a une fièvre intense, de la bronchite généralisée, ou tout autre affection pulmonaire aiguë, il faut s'abstenir absolument de toute médication thermale. Il n'y a que les malades exempts de ces complications qui soient susceptibles d'être améliorés, mais déjà le médecin a beaucoup moins de chance de voir les lésions rétrocéder. La glycosurie diminue, il est vrai ; l'appétit, les forces reprennent un peu ; mais, contrairement à ce qui se passe dans la première période, la tuberculose ne tarde pas à reprendre sa marche envahissante.

A la troisième période, lorsqu'il y a des cavernes, que la cachexie est imminente, il est peut-être préférable de s'abstenir de tout traitement thermal et même de toute thérapeutique active. Cependant M. Sénac prétend que le traitement par les eaux de Vichy ne paraît avoir aucune influence funeste sur la marche de la tuberculose, que même le traitement parvient à diminuer la quantité de sucre éliminé par les urines, et que parfois la tuberculose est enrayée. Il voit chaque année des diabétiques tuberculeux, qui ont des cavernes dans les poumons depuis fort longtemps, qui de temps à autre ont des crachements de sang, et qui cependant tirent au moins momentanément de leur séjour à Vichy un grand bénéfice. M. Durand-Fardel ne partage pas cet avis.

Dans les deux dernières périodes de la phthisie diabétique, les hémoptysies, sans être aussi fréquentes ni aussi abondantes que dans la première, ont parfois une certaine importance et influent aussi notablement sur la santé générale du sujet, d'autant plus qu'on a ordinairement affaire à des gens affaiblis et très émaciés. Néanmoins, lorsque les autres symptômes le permettent, l'hémoptysie par elle-même ne contre-indique pas formellement l'emploi des eaux de Vichy. On peut échouer, on échoue même assez souvent, mais jamais on n'aggrave la situation du malade. Presque toujours les éliminations sucrées diminuent, l'amaigrissement cesse de faire des progrès et les forces reprennent.

Gastrorrhagies. — C'est dans l'ulcère simple et le cancer de l'estomac qu'on observe le plus habituellement ce grave accident.

Dans la première affection, les hématémèses sont fréquentes et abondantes. Elles finissent à la longue par engendrer un état d'anémie très prononcé, que l'inappétence maintient et que les vomissements alimentaires augmentent, par défaut de nutrition suffisante. Dans ces cas nombreux, l'eau de Vichy non seulement n'est pas contre-indiquée, mais encore elle doit être formellement conseillée. Sous son influence, les vomissements alimentaires s'arrêtent, les douleurs épigastriques se calment, le malade recouvre son appétit et digère à la longue certains aliments solides. Quant aux hématémèses, elles disparaissent ou tout au moins elles sont plus faibles. Cette amélioration persiste au retour; ce n'est donc pas un simple badigeonnage de la cavité stomacale.

Depuis plusieurs années, on lave l'estomac des gens atteints d'ulcère au moyen du simple tube Faucher; c'est dire qu'on ne redonte guère les hémorrhagies par déchirure de cicatrices. C'est de la témérité que rien ne saurait justifier. En effet, lorsqu'un malade est sujet à des hématémèses habituelles, on doit se contenter de la thérapeutique usuelle, de crainte de provoquer de nouvelles hématémèses dont les conséquences peuvent être graves. Mais si la marche de l'ulcère est progressivement envahissante, si les douleurs épigastriques sont intolérables, si les vomissements alimentaires et muqueux sont incessants, si l'anémie et l'affaiblissement sont considérables, si l'amaigrissement est extrême, si enfin contre cet

état tout traitement a échoné, il ne faut pas hésiter à recourir au lavage.

A Vichy, au lieu d'eau froide, nous employons de l'eau minérale tiède, celle de l'Hôpital par exemple. On vide lentement le liquide par l'entonnoir, on donne peu de pression; afin d'insensibiliser l'arrière-gorge et d'éviter ainsi les nausées, on administre préalablement du bromure de potassium à l'intérieur. Malgré ces précautions, on n'est pas toujours à l'abri des hématémèses. Néanmoins, dans les cas graves, on réussit assez bien par ce procédé à enrayer la marche extensive de l'ulcération.

Les vomissements noirâtres, couleur de marc de café, du cancer, ne contre-indiquent pas absolument le traitement de Vichy. Nos eaux sont sans influence bien nette sur ce symptôme. Les premiers jours de la cure thermale, les malades ont un peu plus d'appétit; ils digèrent plus aisément, ils reprennent même un peu de force et de courage. Cette légère amélioration est-elle bien due à la médication thermale? Nous ne le pensons pas. Le changement de climat et d'habitudes suffisent amplement pour expliquer ce temps d'arrêt dans la marche de la maladie. En effet, dès le commencement de la seconde semaine de la cure, l'inappétence revient, la digestion est lente, pénible, et au moment du départ l'état général est le même qu'à l'arrivée.

Dans le cancer de l'estomac, le lavage est aussi salutaire que dans l'ulcère simple; de plus, il est moins dangereux. Car il n'expose pas à des hémorrhagies mortelles par déchirure de cicatrices ou par lésion d'une artère volumineuse. S'il n'arrête pas la marche envahissante de la néoplasie, il permet au malade tout au moins de manger et de digérer passablement jusqu'à son dernier moment.

De toutes les affections de l'estomac que l'on soigne à Vichy, c'est dans l'ulcère simple et dans le cancer de ce viscère que le traitement doit être le plus modéré et le mieux surveillé. En prescrivant de fortes doses d'eau minérale en boisson, on surcharge l'estomac et on provoque des vomissements. En conseillant la balnéation et une cure longue, on affaiblit le malade. A tous égards, il est donc préférable de se contenter de petites quantités d'eau minérale à l'intérieur, de s'abstenir de bains et de prescrire l'hydrothérapie au moins dans les cas d'ulcère gastrique.

Hématuries. — C'est un symptôme fréquent des maladies des voies urinaires. A Vichy, on l'observe dans trois affections principales : 1° la pyélo-néphrite calculeuse; 2° la néphrite albumineuse; 3° la cystite.

De tous les types d'hémophilie, c'est dans l'hématurie que le maniement des eaux est le plus délicat. Il arrive, en effet, chez des sujets n'ayant jamais uriné de sang et se rendant à nos thermes pour une affection indépendante des voies urinaires, que, sous l'influence de certaines sources, celles des Célestins en particulier, une ou même plusieurs hématuries se déclarent tout d'un coup. Ces eaux ont la triste propriété de congestionner outre mesure la muqueuse des voies urinaires, surtout quand on les administre à dose élevée et pendant un laps de temps prolongé. Aussi doivent-elles être sévèrement proscrites chaque fois que cette muqueuse est ulcérée ou notablement altérée dans sa texture. Les autres sources du bassin de Vichy n'offrent pas le même inconvénient; c'est donc à elles qu'on devra recourir, toutes les fois qu'on aura à redouter une hématurie, ou un accident de ce genre à combattre.

La pyélo-néphrite suppurée est souvent une complication de la gravelle, des calculs du rein. A l'état aigu, elle n'est pas justifiable des eaux de Vichy. A l'état chronique, elle mérite une mention spéciale. Trois symptômes principaux doivent attirer l'attention : les douleurs de la région lombaire et des flancs, la présence du pus dans l'urine, les hématuries.

Sous l'influence du traitement alcalin, ces accidents s'amendent généralement; les douleurs cèdent assez rapidement; en peu de jours les urines s'éclaircissent, le pus diminue de quantité. Quant aux hématuries, si elles finissent aussi par cesser, une cure prolongée est nécessaire pour arriver à ce résultat. Les exemples de ce genre d'hémorrhagies ne sont pas rares à Vichy. Doit-on pour cela discontinuer l'emploi de nos eaux? Ce serait pêcher par excès de prudence. On se contentera donc de les suspendre durant quelques jours, pour les reprendre ensuite, car ces sortes d'hémorrhagies ne sont presque jamais assez abondantes pour débiliter le malade.

La médication alcaline est absolument contre-indiquée dans la néphrite albumineuse aiguë. Lorsqu'au contraire elle est passée à l'état chronique, elle est de toute nécessité. Grâce à elle, le lumbago s'atténue, l'albumine diminue de quantité dans la plupart des cas, mais elle ne tarde pas à recouvrer ses proportions primitives.

Les hématuries, sans être habituelles dans cette affection, ne sont pas exceptionnelles. Doivent-elles empêcher la continuation de la cure? Il n'en est rien; on ne devra tenir sérieusement compte de cette complication que s'il y a amaigrissement, affaiblissement extrême, s'il y a anasarque, s'il y a cachexie, en un mot.

Les gens atteints de cystite chronique essentielle ou symptomatique formaient jadis la majeure partie de la clientèle étrangère de Vichy. Aujourd'hui, ils semblent nous délaisser pour d'autres stations; néanmoins leur chiffre est encore assez élevé. Les symptômes douloureux, envies fréquentes d'uriner, coliques, cèdent presque toujours à l'emploi méthodique des bains prolongés. Quant aux dépôts muqueux, purulents et sanguins qui accompagnent chaque miction, ils s'amendent plus lentement et résistent même quelquefois.

Dans toutes les autres variétés d'hématurie, quels que soient leur siège, leur nature, pourvu toutefois qu'elles ne se développent pas dans le cours d'une maladie aiguë ou organique, les eaux de Vichy les combattent efficacement. Toutefois, afin d'éviter une congestion trop active des voies urinaires, on devra se contenter de prescrire des doses moyennes ou même faibles d'eau minérale; on préférera les bains aux douches.

Conclusions. — En résumé, dans toutes les maladies chroniques où les eaux de Vichy doivent être prescrites, les hémorrhagies qui se montrent à quelques-unes de leurs périodes ne constituent pas une contre-indication formelle au traitement hydro-minéral. Les eaux alcalines doivent être conseillées pour combattre certaines hémorrhagies tenant à une lésion anatomique des voies digestives et urinaires. Il n'y a contre-indication absolue que si ces hémorrhagies sont provoquées ou accompagnées par un état aigu grave, ou si elles se produisent au milieu d'un état cachectique avancé.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Contributions à l'histoire clinique de la diphtérie

DIPHTÉRIE AVEC COMPLICATIONS ARTICULAIRES, par le docteur PAULI (1).— UN CAS DE SCLÉROSE EN PLAQUES CONSÉCUTIVE A LA DIPHTÉRIE, par le docteur STADTHAGEN (2).— DES PARALYSIES CONSÉCUTIVES A LA DIPHTÉRIE, par le docteur WIDERHOFER (3).— DE LA PARALYSIE DES MUSCLES DE L'ACCOMMODATION, CONSÉCUTIVE A L'ANGINE DIPHTÉRITIQUE, par le docteur H. SCHMIDT-RIMPLER (4). — INFLAMMATION DE LA GLANDE THYROÏDE COMME COMPLICATION DE LA DIPHTÉRIE, par L. BRIEGER (5). — ALTÉRATIONS DES TEMPORAUX DANS TROIS CAS DE DIPHTÉRIE, par MOOS et STEINBRÜGGE (6). — CONTRIBUTIONS A L'ÉTUDE DES COMPLICATIONS RÉNALES DE LA DIPHTÉRIE, par le docteur FISCHL (7).

Dans le cours d'une épidémie de diphtérie qui éclata dans une école de cadets, M. Pauli a observé deux fois, sur un ensemble de vingt-sept cas, une complication très rare, sous forme d'une inflammation des jointures. Le premier cas est relatif à un jeune cadet de 15 ans, qui présenta les premiers symptômes d'une angine diphtéritique le 20 janvier 1883. Il fut traité par des applications d'une solution de chlorate de potasse sur l'arrière-gorge, et par le perchlorure de fer à l'intérieur; régime tonique, vin généreux. Dès le 22, la diphtérie était enrayée dans sa marche, la fièvre (39o) tomba et le malade entrait en convalescence. Le 26, le malade se plaignait de douleurs dans les deux genoux; les amygdales et la gorge présentaient à ce moment un aspect normal. On prescrivit le repos au lit, des badigeonnages à la teinture d'iode sur les deux genoux, du salicylate de soude (8 grammes) à l'intérieur. Le 27 janvier, la température interne était montée à 39o,3, matin et soir. Les deux genoux étaient tuméfiés, principalement au niveau des épiphyses des tibias. On ne percevait point les signes d'un exsudat. Les jointures étaient très sensibles à la pression, principalement au niveau des condyles internes des fémurs. Les mouvements actifs étaient également très douloureux. On continua le même traitement. Le 28 janvier, la température fébrile était tombée à 38°,5; les autres manifestations se dissipèrent rapidement. Le 31 janvier, le malade, qui avait absorbé en tout 21 grammes de salicylate de soude, ne se plaignait plus que de bourdonnements d'oreilles. Il quitta l'infirmerie le 4 février. Le 9, nouvelle poussée de douleurs dans les genoux, qui nécessita la reprise de la médication salicylée. Dans l'espace de douze jours, le malade réabsorba en tout 25 grammes de salicylate de soude. Au bout de ce temps, il était définitivement guéri.

Le second cas se rapporte à un garçon de 13 ans qui, en relevant d'une diphtérie pharyngée de dix jours de durée, fut pris d'un gonflement douloureux du genou gauche avec fièvre intense (39°,4). La tuméfaction douloureuse envahit successivement l'articulation de l'épaule gauche, l'articulation sterno-costale droite, l'articulation temporo-maxillaire, l'articulation du cou-de-pied du même côté, et la plupart des autres jointures. Ce second malade fut également traité par le salicylate de soude et les badigeonnages à la teinture d'iode. Néanmoins les accidents articulaires ont persisté pendant plus de deux mois, durant lesquels la température fébrile s'éleva par moments jusqu'à 40o. Dans les premiers jours, on avait noté les signes d'une endocardite. L'auteur est d'avis que les complications articulaires étaient le fait d'une synovite séreuse, engendrée par l'action directe du virus diphtéritique sur la synoviale.

— M. STADTHAGEN rapporte l'observation d'un jeune garçon qui, à l'âge de 4 ans, avait été atteint d'une angine diphtéritique avec paralysie consécutive du voile du palais. Depuis lors, la voix avait conservé un timbre nasillard. Quelque temps après la guérison de l'angine, les parents remarquèrent que la démarche de l'enfant était empreinte d'une certaine maladresse; plus tard, on reconnut que l'enfant traînait manifestement la jambe en marchant. Cette parésie du membre inférieur gauche fit des progrès. Beaucoup plus tard, quand l'enfant eût atteint l'âge de 9 ans, le bras droit était également frappé de parésie, avec tremblement à l'occasion des mouvements intentionnels. Enfin, six mois avant la publication du fait, l'enfant, examiné pour la première fois par M. Stadthagen, présentait de la parésie motrice du côté droit et des muscles innervés par la branche inférieure du facial. Il avait de la salivation continue, qu'exagérait la moindre émotion. Parole traînante, mais non scandée; l'émission des labiales était gênée, comme dans les cas de paralysie bulbaire. Pas de nystagmus, pas de diplopie. La démarche ressemblait à celle des sujets affectés de tabes spasmodique. Tremblement des jambes après la marche. Toute tentative d'imprimer des mouvements passifs au pied où à la jambe se heurte à une résistance occasionnée par la contracture des muscles antagonistes, surtout à gauche. Quand le malade relève les membres supérieurs, il ne peut dépasser la ligne horizontale; ses bras sont agités de mouvements saccadés spasmodiques. Les mouvements passifs imprimés aux membres supérieurs ne rencontrent de la résistance que quand les bras sont en abduction. Pas d'atrophie, pas de troubles de la sensibilité.

L'auteur voit dans ce fait un exemple de sclérose en plaques consécutive à la diphtérie.

— Immédiatement à la suite d'une angine diphtéritique, une petite fille en traitement à la Clinique des maladies des enfants de Vienne présentait une paralysie complète du voile du palais, des troubles de la phonation, de la parésie des membres inférieurs et des troubles de l'innervation des muscles constricteurs du pharynx. M. Widerhofer profite de ce fait pour exposer le mode de développement et la pathogénie des paralysies post-diphtéritiques. Il insiste sur ce que ces paralysies ne se développent pas toujours pendant la convalescence de la diphtérie, mais dans le cours même de cette affection. D'autre part, des paralysies graves du voile du palais peuvent se développer à la suite d'angines diphtéritiques bénignes, comme l'auteur en cite deux exemples empruntés à son observation personnelle. Quant au mécanisme de ces paralysies, il y a aujourd'hui des raisons positives de croire qu'elles sont la conséquence de troubles de la nutrition des centres nerveux, occasionnés par une action directe du virus diphtéritique. Leur pronostic offre quelquefois une grande gravité, lorsque

(1) BERLINER KLIN. WOCHENSCHRIFT, 1883, n° 45.
(2) ARCHIV FÜR KINDERHEILKUNDE, 1883, t. V, fasc. 1 et 2.
(3) ALLGEMEINE WIENER MED. ZEITUNG, 23 octobre 1883.
(4) BERLINER MEDIC. WOCHENSCHRIFT, 1884, n° 7.
(5) CHARITE-ANNALEN, t. VIII, p. 124, 1883.
(6) ZEITSCHRIFT FÜR OHRENHEILKUNDE, t. XII, p. 229.
(7) ZEITSCHRIFT FÜR KLIN. MEDICIN, VII, fasc. 5.

la paralysie frappe des organes dont l'intégrité fonctionnelle est indispensable à l'entretien de la vie. C'est ainsi que Widerhofer a vu deux malades succomber par le fait d'une paralysie post-diphtéritique des muscles de la respiration.

Le dénouement fatal peut aussi reconnaître pour cause une paralysie des muscles du larynx, qui livre accès aux matières alimentaires dans les voies respiratoires; d'où pneumonie par pénétration de corps étrangers. Souvent aussi la mort est due à une paralysie cardiaque, qui peut elle-même être occasionnée par une dégénérescence aiguë du cœur, ou, comme Widerhofer en a observé un exemple, par une paralysie du nerf vague, le cœur conservant son intégrité structurale. A propos du traitement des paralysies consécutives à la diphtérie, Widerhofer recommande de n'user qu'avec beaucoup de prudence des injections sous-cutanées de strychnine, surtout chez les enfants.

— M. Schmidt Rimpler fait connaître les résultats de ses observations personnelles concernant la paralysie de l'accommodation qu'on observe à la suite de l'angine diphtéritique. Les troubles de l'accommodation se montrent en général peu après la disparition des accidents pharyngés; elle atteint son apogée en très peu de temps. Presque toujours la paralysie reste incomplète; les troubles qui en résultent varient beaucoup chez différents sujets : ainsi chez les hypermétropes, quand la paralysie de l'accommodation atteint son plus haut degré, la vision distincte est abolie même pour les objets très éloignés; à un degré moindre, le malade peut encore lire à une distance convenable, mais la lecture le fatiguera très promptement. Un myope continuera de pouvoir lire, à la condition de maintenir les caractères à la distance de son *punctum remotum*. On peut observer également du strabisme convergent, dû à une insuffisance des muscles ciliaires, comme l'auteur en cite un exemple. La paralysie de l'accommodation frappant le plus souvent des sujets très jeunes, on s'explique que d'ordinaire elle se manifeste par de l'hyperopie. Jacobson, en se basant sur ses recherches personnelles, était arrivé à conclure que cette hyperopie était due à un aplatissement du cristallin, occasionné par la paralysie du muscle tenseur de la choroïde, d'où éloignement du *punctum remotum*. Weiss est arrivé au contraire à cette conclusion, que durant la période de paralysie de l'accommodation, l'appareil dioptrique de l'œil réalise les mêmes conditions de réfraction qu'avant et après. M. Schmidt Rimpler, en se basant sur des examens dont il fait connaître sommairement les résultats, est arrivé à la même conclusion. L'hyperopie, chez les sujets frappés de paralysie de l'accommodation à la suite de la diphtérie, serait due dès lors à ce qu'une hypermétropie, latente pendant que l'appareil de l'accommodation est intact, devient manifeste lorsque l'accommodation est paralysée.

L'auteur n'a pas noté de diminution de l'acuité visuelle à la suite de la diphtérie. La réaction pupillaire est habituellement normale. Le pronostic de la paralysie de l'accommodation post-diphtéritique est favorable. Cette paralysie se dissipe au bout de quelques semaines. Les instillations d'ésérine ont, d'après les recherches de l'auteur, une influence indéniable sur la rapidité de la guérison. Le plus simple est de corriger les troubles passagers de l'accommodation à l'aide de verres convexes.

— M. Brieger a vu chez deux malades une inflammation de la glande thyroïde, avec fièvre, se développer dans le cours d'une diphthérie. La guérison a été obtenue dans les deux cas : dans le premier, l'inflammation de la thyroïde ayant abouti à une suppuration, il a fallu intervenir chirurgicalement; dans le second cas, l'emploi des antiphlogistiques amena la résolution du processus inflammatoire.

— MM. Moos et Steinbrügge ont examiné au microscope les temporaux de trois enfants qui avaient succombé à une diphtérie du pharynx et des voies respiratoires. Voici les principaux résultats de leurs recherches : le revêtement externe du tympan était le siége d'une vascularisation très prononcée; les vaisseaux étaient gorgés de sang, avec extravasations sanguines dans leur voisinage. Une infiltration de cellules de pus n'existait que dans la moitié des cas. La membrane propre a toujours été trouvée intacte. La muqueuse était hyperémiée, parsemée d'extravasations sanguines dans le voisinage des vaisseaux distendus, infiltrée de cellules dont la plupart étaient des cellules de pus. La caisse renfermait tantôt du mucus seulement, tantôt du mucus, du pus et du sang; dans un cas, le mucus était mélangé de lambeaux de muqueuse; dans deux autres, pus et mucus renfermaient des cellules granuleuses. La muqueuse du promontoire avait son epithélium intact, mais elle était épaissie (0,8 à 1 mm.); à ce niveau également, la réplétion des vaisseaux atteignait un degré extrême et des extravasations sanguines se voyaient déjà à l'œil nu, tandis que dans les autres parties de l'oreille on ne les découvrait qu'à l'aide du microscope. Cette membrane était infiltrée tantôt par des cellules arrondies, tantôt par des cellules de pus. Les mêmes altérations se rencontraient à un moindre degré dans la trompe d'Eustache. Dans le labyrinthe, la lymphe était coagulée. On ne trouva pas de micro-organismes au sein de ces parties altérées. Comme les deux auteurs n'ont pas eu à leur disposition la portion cartilagineuse de la trompe d'Eustache, il leur a été impossible de rechercher si ces altérations n'étaient que le résultat de l'extension de la diphtérie pharyngée, ou si elles se sont développées indépendamment de celle-ci.

— Ce n'est que dans des cas rares qu'on observe dans le cours de la diphtérie le complexus symptomatique de la néphrite aiguë. D'après Fischl, la simple albuminurie serait même beaucoup plus rare dans cette maladie qu'on ne l'admet communément, si on met à part les cas graves de diphtérie qui aboutissent à un dénouement fatal. Non pas qu'il y ait lieu d'établir un rapport constant entre la fréquence de l'albuminurie et la gravité de l'affection diphtéritique; l'albuminurie peut faire défaut dans les formes graves de l'angine diphtéritique avec envahissement et obstruction des voies respiratoires et elle peut survenir dans les angines diphtéritiques bénignes.

Après avoir indiqué la nature des éléments morphologiques qu'on trouve dans les urines, lorsque la diphtérie donne lieu à des complications rénales, M. Fischl décrit en détail les résultats de ses recherches nécroscopiques sur l'état dans lequel se présente le rein en pareilles circonstances : les artères présentaient à la face interne de leur tunique adventice une infiltration de cellules ou de masses fibrineuses, sans que jamais cette infiltration s'étendît à la tunique musculaire, comme il arrive dans les cas de néphrite scarlatineuse. Trois fois sur dix, la tunique interne était altérée, et cette altération consistait dans un épaississement avec desquamation de l'endothélium.

Les veines étaient le siége d'une accumulation périvei-

neuse de cellules arrondies; dans un cas, celles-ci avaient envahi l'intérieur de la veine pour former un véritable thrombus. Dans la moitié des cas, les capillaires étaient également le siége d'une infiltration cellulaire; deux fois l'endothélium des capillaires rénaux était tuméfié. Les corpuscules de Malpighi étaient le siége d'altérations constituées par une tuméfaction de l'épithélium de la capsule d'enveloppe, tuméfaction qui dans quelques cas s'étendait au revêtement épithélial des anses vasculaires. Les cellules de l'épithélium capsulaire et du revêtement des glomérules étaient en voie de dégénérescence graisseuse, ou bien en proliférant avaient donné lieu à des amas de cellules entre le glomérule et la capsule. Cette dernière paraissait souvent épaissie par suite d'une infiltration hyaline. Une fois les corpuscules de Malpighi étaient envahis par la dégénérescence amyloïde. Ces corpuscules sont souvent le siége d'un processus de rétraction, principalement ceux qui se trouvent placés à la périphérie, dans le voisinage de la capsule fibreuse du rein. Les altérations du tissu interstitiel dans la zone située immédiatement au-dessous de cette enveloppe fibreuse, que Litten a signalées dans les cas de néphrite scarlatineuse, ont également été constatées par Fischl dans les cas de néphrite diphtéritique. Enfin 13 fois les canaux contournés ont été trouvés dilatés; 8 fois l'épithélium de ces canaux était tuméfié; les cellules épithéliales étaient çà et là frappées de dégénérescence graisseuse. Les canaux contournés étaient quelquefois obstrués par des globules rouges, des cellules arrondies ou polygonales.

E. RICKLIN.

BIBLIOGRAPHIE

LES MINEURS ET L'ANÉMIE. — DES ENTOZOAIRES ET EN PARTICULIER DES ANCHYLOSTOMES DANS LA PATHOLOGIE DES MINEURS. — DES EAUX DANS LES TRAVAUX DE MINE AU POINT DE VUE DE L'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE; par M. le docteur PAUL FABRE (de Commentry).

Les erreurs provenant du sophisme : *Cum hoc, ergo propter hoc*, ne sont nulle part plus faciles et par suite plus nombreuses que dans les questions d'hygiène et de pathologie professionnelles.

En 1802, des ouvriers travaillant dans une galerie des mines d'Anzin sont pris de symptômes graves et insolites. Quatre d'entre eux sont envoyés à Paris dans le service de Hallé; l'un d'eux meurt et présente à l'autopsie une décoloration si complète des tissus que Hallé propose de nommer *anémie ou privation de sang* la maladie à laquelle cet ouvrier a succombé et qui a frappé les autres mineurs d'Anzin. Hallé ne manque pas de faire des réserves, mais l'*anémie des mineurs* n'en reste pas moins créée comme entité morbide; tout le monde l'accepte et l'on se préoccupe plus d'y rattacher des faits plus ou moins disparates que d'en contrôler sévèrement et d'en vérifier l'existence.

M. Fabre, cependant, étudie la question de plus près. Revisant le dossier des différentes épidémies rattachées comme celle d'Anzin à l'*anémie des mineurs*, il montre que la maladie des mineurs d'Anzin a été un véritable empoisonnement par l'hydrogène sulfuré; que les épidémies de Schemnitz (1777-1792) doivent être attribuées à une intoxication saturnine; que celle de Vanneaux a été produite, comme l'épidémie d'Anzin, par une intoxication sulfhydrique; qu'ailleurs on peut justement incriminer l'empoisonnement par l'acide carbonique, l'oxyde de carbone, etc.

Quittant ensuite le terrain historique pour l'observation directe, M. Fabre multiplie ses recherches dans les mines dont il a la direction médicale. Parmi les mineurs qu'il examine, il ne trouve pour ainsi dire pas d'anémiques, et pour ceux qui le sont des causes banales expliquent leur état bien mieux qu'une influence spéciale à leur profession. Chez la plupart des mineurs, de même que chez des chevaux vivant constamment au fond des mines, l'examen par le compte-globules et par l'hémato-chromomètre démontre une richesse normale du sang en globules et en hémoglobine.

Notre confrère ne s'en tient pas au champ plus ou moins limité de ses observations habituelles; il visite les bassins houillers de la Loire, du Pas-de-Calais, de la Belgique, et ses nouvelles informations ne font que confirmer ses premiers résultats et la conclusion générale qu'il en a tirée, à savoir: qu'il n'y a pas d'anémie spéciale aux mineurs, et que, lorsqu'un houilleur est anémique, il le devient par les causes banales qui agissent sur tout le monde.

Dans une récente communication à la *Société de l'industrie minérale* (district du Centre), M. Fabre, après avoir résumé ses précédents travaux, insiste plus particulièrement sur celles de ces causes qui amènent plus fréquemment l'anémie chez les mineurs. Il cite, entre autres, la désoxygénation de l'air produite dans certains cas par la houille, et entraînant l'anoxhémie.

L'esprit de système ne désarme pas facilement. L'anémie des mineurs était battue en brèche : il fallait lui trouver une cause palpable, comme un substratum. En 1880, bon nombre d'ouvriers employés au percement du Saint-Gothard tombent malades et présentent des anchylostomes dans leurs déjections. La maladie de ces ouvriers présente plus d'une analogie avec l'anémie des mineurs. M. Perroncito vient à Saint-Etienne, constate des anchylostomes dans les déjections de trois mineurs couchés dans une salle de l'Hôtel-Dieu et conclut, de l'analogie précédente et de ces trois faits, que l'anchylostomiase est la cause de l'anémie des mineurs. M. Fabre, dans une brochure intéressante consacrée à ce sujet, combat et réfute victorieusement cette conclusion.

Dans le dernier travail dont nous avons à parler, notre confrère étudie certains effets physiologiques ou pathologiques imputables au travail dans les eaux de mines. Nous ne saurions mieux faire que de reproduire ses propres conclusions.

« De même, dit-il, que pour les autres conditions spéciales dans lesquelles s'opèrent les travaux des mines, l'influence du travail dans l'eau sur la santé des ouvriers est éminemment complexe. Tantôt on n'observe aucune action fâcheuse sur l'organisme; d'autres fois il survient des éruptions diverses dont la nature varie non seulement suivant le sujet, mais encore suivant la température des chantiers, suivant que de la poussière de charbon se trouve ou non mélangée abondamment avec l'eau, mais aussi et surtout suivant la composition chimique de cette eau. Que l'eau soit croupissante et chargée de matières organiques, qu'elle soit alcaline ou bien qu'elle contienne de l'acide sulfurique, des phénomènes différents se manifestent; ici ce sont des éruptions eczémateuses, là du lichen, des furoncles, parfois même des taches de purpura hémorrhagique. »

Les idées de M. Fabre ont fait leur chemin. On nous per-

mettra de reproduire ici les conclusions d'un travail communiqué l'an dernier au congrès de la Rochelle par M. Dransart, directeur de l'institut ophthalmique des mines d'Anzin.

« Il résulte de mon observation personnelle, dit cet honorable confrère, et de celle de la grande majorité des médecins houilleurs du Nord et du Pas-de-Calais :

« 1º Que l'anémie n'est pas plus fréquente chez les houilleurs que chez les ouvriers des autres industries.

« 2º Que l'anémie chez les mineurs est absolument identique à l'anémie qui se voit partout et que, par conséquent, il n'existe pas une anémie spéciale dite anémie des mineurs.

« 3º Que l'anémie chez les mineurs n'a pas une étiologie spéciale professionnelle, qu'exceptionnellement (deux fois sur cent d'après mon observation) l'air des mines peut être incriminé et cela dans le travail des galeries en cul-de-sac où la désoxygénation de l'air entraîne l'anoxhémie, et qu'enfin, tout en admettant la possibilité de l'anémie helminthiasique chez les mineurs, il y a lieu de faire bien des réserves sur la fréquence de cette anémie et d'attendre les résultats de l'observation d'un grand nombre de faits. »

La distinction des maladies nettement professionnelles de celles qui sont dues à des causes purement banales a une haute importance pratique. La prophylaxie des premières réclame surtout des modifications dans les modes d'exploitation, dans les procédés industriels en usage; celle des secondes exige plus simplement des améliorations dans les conditions de milieu où travaillent les ouvriers. La connaissance exacte de la pathogénie de ces maladies éclaire donc l'hygiène et permet de prendre, sans tâtonnements, sans perte de temps, d'argent ni de peine, les mesures nécessaires. A ce point de vue, les recherches de M. Fabre présentent un grand intérêt et la persévérance de notre confrère à les poursuivre est d'un bon exemple pour tous ceux que préoccupent les questions d'hygiène professionnelle.

Dr F. DE RANSE.

REVUE DES THÈSES.

ETUDE SUR QUELQUES CAS DE PURPURA D'ORIGINE TRAUMATIQUE, par le docteur PAUL BERNE. — Th. de Paris, 1884.

Quelquefois, à la suite d'un traumatisme, on voit apparaître des taches purpuriques plus ou moins loin de l'endroit directement atteint par le traumatisme.

Y a-t-il réveil d'une diathèse (hémophilie) ou action directe du traumatisme (diathèse hémorrhagique passagère)? Cela est variable selon les cas.

Le purpura peut être partiel ou général : lorsqu'il est localisé, il paraît en rapport avec une lésion circonscrite des filets nerveux; s'il est généralisé, l'auteur croit qu'il faut l'attribuer à une poussée congestive du côté de l'axe gris de la moelle.

DES MANIFESTATIONS OSSEUSES PRÉCOCES ET TARDIVES DE LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE, par le docteur GEORGES BERNE. Th. de Paris, 1884. — A. Parent.

Après avoir établi la fréquence des manifestations osseuses de la syphilis héréditaire et insisté sur son siége de prédilection (bulbe de l'os, c'est-à-dire cette portion de l'os intermédiaire à la diaphyse et à l'épiphyse), l'auteur nous montre que toutes ces lésions histologiques peuvent être considérées comme des productions gommeuses, soit diffuses, soit circonscrites.

Ces lésions peuvent se produire même après vingt ans et présentent une physionomie tellement spéciale que le diagnostic peut en être fait avec la plus grande facilité, même dans ces cas.

La syphilis osseuse sera facilement distinguée de l'affection tuberculeuse des os; pour le rachitisme, on sait qu'il recourbe les os sans les allonger et sans donner lieu à l'hyperostose massive, caractéristique de la syphilis osseuse et si rebelle à tous les traitements.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA MÉNINGO-MYÉLITE EXPÉRIMENTALE, par le docteur J. DAGONET. — Th. de Paris, 1884. A. Delahaye et Lecrosnier.

Grâce à une solution alcoolique d'huile de croton dont l'action est plus fidèle que la liqueur de Fowler (Leyden), l'auteur a produit une méningo-myélite lombaire expérimentale sur des chiens et a pu en étudier les effets à un triple point de vue.

I. Du côté de l'appareil respiratoire, il y a d'abord augmentation du nombre des mouvements respiratoires. L'excrétion d'acide carbonique, d'abord augmentée, redevient bientôt normale lorsqu'on a employé la liqueur de Fowler. L'huile de croton, au contraire, ralentit le rhythme respiratoire et diminue considérablement le rendement de l'acide carbonique.

II. La sécrétion urinaire est moins abondante; les urines sont plus denses et ne contiennent ni sucre ni albumine, et, conclusion importante, la réaction des urines n'est point modifiée.

III. Au point de vue des centres spinaux, l'auteur a toujours vu la miction et la défécation rester normales tant que les lésions ne descendaient pas au-dessous de la première vertèbre lombaire.

Les piqûres au-dessous de cette zone provoquent aussitôt la miction et la défécation, et la paralysie de la vessie, du rectum et du sphincter anal (paralysie immédiate dans un cas).

Toutes ces déductions sont tirées d'une série d'expériences de laboratoire personnelles et très consciencieusement étudiées qui font de la thèse du docteur Dagonet un travail original et des plus instructifs.

Dr BERTHOD.

FORMULAIRE

SOLUTION POUR LOTIONS ANTI-PRURIGINEUSES DANS LES CAS DE DERMATOSES ACCOMPAGNÉES DE DÉMANGEAISONS.

Rec. Acide phénique......	2	grammes.
Glycérine..............	10	—
Eau distillée..........	100	—

M. s. a. — Appliquer sur le siége de la démangeaison une compresse de toile imbibée de ce liquide.

Ou encore :

Rec. Acide phénique......	2	grammes.
Glycérolé d'amidon...	100	—

M. s. a. — Enduire la partie malade avec ce mélange.

Cette dernière préparation convient dans les cas où la démangeaison siége en un point sur lequel il est difficile de maintenir une compresse.

On peut encore prescrire :

Rec. Acide phénique......	10	grammes.
Glycérine..........	10	—
Baume du Pérou....	10	—
Alcool de vin.......	200	—

M. s. a. — Pour frictions sur le siége de la démangeaison.

E. R.

NOTES & INFORMATIONS

Le transport des malades dans les hôpitaux de Paris. — M. Camescasse, préfet de police, vient d'adresser aux commissaires de police la circulaire suivante :

« Par une circulaire du 14 octobre 1882, je vous ai indiqué les dispositions à prendre, en ce qui vous concerne, pour assurer le fonctionnement régulier du service de transport dans les hôpitaux des malades atteints de variole. Je vous ai dit aussi que plusieurs voitures spéciales, remisées dans les dépendances de l'Hôtel-Dieu, étaient affectées à ces sortes de transports.

« Or, depuis quelque temps, les voitures dont il s'agit n'ont été mises en circulation qu'à de rares intervalles.

« D'un autre côté, ce n'est pas seulement les varioleux qu'il est dangereux de laisser transporter par des voitures publiques.

« Les voitures remisées à l'Hôtel-Dieu doivent servir également au transport des varioleux ou des typhoïdiques, et à celui de tout malade atteint d'une affection contagieuse quelconque : rougeole, diphthérie, scarlatine, etc.

« Vous voudrez bien, messieurs, en informer, le cas échéant, vos administrés et leur dire que la seule pièce qu'ils doivent vous produire est un certificat médical constatant la nature de la maladie.

« Dès qu'un malade atteint ou suspect d'être atteint d'une des affections sus-mentionnées devra être conduit à l'hôpital, vous me ferez connaître télégraphiquement son nom et sa demeure, ainsi que la nature de la maladie. En même temps vous inviterez la famille du malade à se tenir prête à le faire monter dans la voiture, dès qu'elle sera arrivée à destination. En outre, et avant même la réception de l'instruction habituelle du conseil de salubrité, vous ferez procéder immédiatement à la désinfection du local contaminé, en employant au besoin les produits chimiques que ma préfecture met à votre disposition.

« J'ai donné, d'autre part, les instructions nécessaires pour que la voiture soit désinfectée avec soin après chaque transport.

« Je vous prie de vous conformer ponctuellement aux instructions contenues dans la présente circulaire dont vous voudrez bien m'accuser réception. »

— Le comité de la Société pour l'amélioration des races canines a décidé qu'une médaille d'or serait offerte à M. Pasteur à l'occasion de ses récents travaux sur la rage.

— Le chirurgien anglais Spencer Wells vient d'être nommé commandeur de l'ordre royal de Norwège.

— On annonce que le gouvernement allemand se dispose à émettre une loi aux termes de laquelle les étudiants qui voudront obtenir les titres universitaires allemands devront prendre toutes leurs inscriptions et suivre tout le cours de leurs études dans les universités de l'empire.

Cette mesure paraît destinée à frapper spécialement les universités suisses, dans lesquelles un grand nombre de sujets allemands vont passer une grande partie de leurs années d'études.

R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie. — La Faculté de médecine de Montpellier vient de faire une perte sensible. M. le docteur Bouisson (Etienne-Frédéric), doyen honoraire, professeur d'opérations et appareils, est mort, avant-hier lundi, des suites d'une affection du foie, à l'âge de soixante et onze ans.

Né le 14 juin 1813, M. Bouisson avait été nommé agrégé à la suite d'un brillant concours en 1836. L'année suivante, il était appelé à la chaire de physiologie à la Faculté de Strasbourg et trois ans plus tard à la Faculté de Montpellier. Il fut élu en 1859 associé national de l'Académie de médecine et, en 1863, correspondant de l'Académie des sciences.

***

Le certificat de grammaire exigé des candidats au diplôme d'officier de santé. — Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts :

A partir du 1er novembre 1884, les candidats au certificat de grammaire aspirant au diplôme d'officier de santé ou de pharmacien de deuxième classe seront interrogés conformément au programme d'études prescrit par l'arrêté du 2 août 1880 pour la classe de quatrième des lycées.

Les candidats aspirant au diplôme d'officier de santé devront en outre subir l'examen complémentaire prévu par le décret du 1er août 1883, portant sur les éléments de physique, de chimie et d'histoire naturelle, conformément au programme des trois premières années d'études de l'enseignement secondaire spécial.

***

Légion d'honneur. — Par décret du 25 mai 1884, M. le docteur Lacomme, conseiller général des Hautes-Pyrénées, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

***

Hospice de la Salpêtrière. — M. le docteur Aug. Voisin a recommencé ses conférences sur les maladies mentales et nerveuses le dimanche 25 mai, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

Ces conférences comprendront toute la pathologie nervo-mentale. Présentation de malades.

Herborisation. — M. Chatin, professeur de botanique à l'École supérieure de pharmacie de Paris, membre de l'Académie des sciences, fera une herborisation publique le dimanche 1er juin dans les bois de Clamart-Meudon.

Le départ s'effectuera de la gare Montparnasse à onze heures, pour la station de Clamart.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Thèses de doctorat. — Année scolaire 1882-1883.

1. M. Maranger. Contribution à l'étude de l'atrophie de l'estomac. — 2. M. Barthélemy. Contribution à l'étude de l'autoplastie des joues. — 3. M. Saunier. Recherches expérimentales sur l'empoisonnement aigu produit par le séjour dans les salles d'épuration des usines à gaz. — 4. M. Mosmonn. Sur un cas d'hystéro-épilepsie chez l'homme ; relations entre les attaques d'une lésion périphérique. — 5. M. Habillon. Luxation carpo-métacarpienne des quatre derniers métacarpiens. — 6. M. Hugueny. Du bacille de la tuberculose, sa recherche et sa valeur diagnostique. — 7. M. Kœhler. Recherches physiologiques sur l'action des poisons chez les invertébrés. — 8. M. Lajoue. Recherches expérimentales sur la contagion de la tuberculose par les inhalations de crachats de phtisiques et sur quelques moyens prophylactiques proposés. — 9. M. Magnin. De la rhinoplastie par la méthode française. — 10. M. Bruncher. Essai sur les lésions de l'appareil auditif dans la syphilis congénitale et acquise. — 11. M. Nicolas. De la chorée vulgaire chez les vieillards. — 12. M. Pilon. Des kystes dermoïdes du cou. — 13. M. Gourdon-Fromantel. Sur les sympathies douloureuses ou synalgies, étude suivie d'une note sur un cas de mouvements associés. — 14. M. Dommartin. Indications séméiologiques fournies par la coloration de la peau. — 15. M. Boby. De l'influence du traitement immédiat du chancre sur l'évolution se-

condaire de la syphilis. — 16. M. Badaire. Essai sur la hernie péritonéo-vaginale chez l'adulte. — 17. M. Parisot. Des émissions sanguines dans les affections articulaires. — 18. M. Vallois. Contribution à l'étude de la syphilis chez la femme enceinte. — 19. M. Guillemin. De l'anévrisme cirsoïde de la tête.—20. M. Brallet. Essai sur le traitement antiseptique des abcès par congestion d'origine vertébrale — 21. M. Croux. Contribution à l'étude des pseudarthroses partielles de l'avant-bras.

Décès notifiés au bureau municipal de statistique de la ville de Paris du vendredi 16 au jeudi 22 mai 1884.

Fièvre typhoïde 49 — Variole 1. — Rougeole 43. — Scarlatine 4. — Coqueluche 13. — Dipthérie, croup 48 — Dysentérie 0. — Erysipèle 2. — Infections puerpérales 3. — Autres affections épidémiques 0.— Méningite (tubercul. et aiguë) 67. — Phtbisie pulmonaire 208.— Autres tuberculoses 13.—Autres affections générales 62 — Malformation et débilité des âges extrêmes 49. — Bronchite aiguë 32 — Pneumonie 74. — Athrepsie gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 29, — au sein et mixte 17. — Inconnu 7. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 99. — de l'appareil circulatoire 66. — de l'appareil respiratoire 86. — de l'appareil digestif 54 — de l'appareil génito-urinaire 18. — de la peau et du tissu lamineux 6. — des os, articulations et muscles 7. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 2. — Epuisement 0. — Causes non définies 3. — Morts violentes 33. — Causes non classées 7. — Total de la semaine : 1097 décés.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Le Mobilier scolaire dans ses rapports avec l'hygiène de l'œil myope et en particulier la « table-chaise hygiénique » du docteur Fontaine Atgier. In-8 de 20 pages, avec figures. — Prix : 1 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils libraires, 19, rue Hautefeuille.

Cornil et Brault. Etude sur la pathologie du rein, 1 vol. in-8, avec 18 planches hors texte. — Prix : 12 fr — Paris, Félix Alcan, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain (ancienne maison Germer Baillière et Cie.

Annuaire de thérapeutique et d'hygiène (44e année), par M. le professeur Bonchardat. Comme précédemment, le savant professeur fait suivre sa revue des progrès de la thérapeutique d'un memoire sur una des questions les plus importantes de l'hygiène. Celui de cette année est consacré à un sujet qui a donné lieu à de nombreuses discussions au sein de l'Académie de médecine et qui occupe avec raison l'opinion publique. Ce sont les maladies contagieuses et la genèse de leurs parasites : tuberculose, cancer, typhus, peste, fièvre jaune, choléra, infection purulente, fièvres intermittentes. 1 vol. 18. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Félix Alcan, éditeur (ancienne librairie Germer-Baillière et Cie).

Les Troubles de la parole par le professeur Ad. Kussmaul. Traduction française, augmentée de notes, par le docteur A. Rueff, chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine de Paris, précédée d'une introduction par B. Bal, professeur à la Faculté de médecine de Paris. Un vol. in-8 de xv-375 pages. — Prix . 7 fr. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.



GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr F. de RANSE;
Membres : MM. les Drs J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN;
Secrétaire : M. le Dr E. RICKLIN.

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

CLINIQUE CHIRURGICALE

DE L'ARTHRITE FONGUEUSE TIBIO-TARSIENNE. Hôpital Laënnec, service de M. Nicaise. (Leçon clinique recueillie par M. PLANCHARO, interne des hôpitaux).

Messieurs,

Je vais vous montrer une pièce d'anatomie pathologique qui provient de l'amputation que vous m'avez vu faire il y a deux jours. Il s'agit d'une arthrite tibio-tarsienne dont la variété peut être considérée comme un type dans les différentes espèces de tumeur blanche. Le malade, que nous avons dû opérer, est un homme de 31 ans, exerçant la profession de fumiste, et qui était entré dans le service le 11 décembre 1883, salle Malgaigne, n° 19. Il ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires. Dans ses antécédents personnels, au contraire, nous trouvons un renseignement qu'on rencontre assez souvent chez les malades qui ont des tumeurs blanches tibio-tarsiennes. Il a eu en 1868 une entorse du pied droit; de plus, il nous dit que depuis deux ans il tousse, a des sueurs nocturnes, a quelquefois de la diarrhée ; il a maigri.

En juillet 1883, il commence à souffrir dans l'articulation tibio-tarsienne droite : c'est d'abord une douleur vague, avec de la gêne dans les mouvements. En novembre, quatre mois après, survient du gonflement du cou-de-pied, et en même temps les douleurs deviennent plus violentes et la marche presque impossible.

A son entrée dans le service, nous avons constaté une tuméfaction assez considérable occupant les parties antérieures et latérales du cou-de-pied. Le malade accusait une douleur spontanée assez vive et assez bien limitée au pourtour articulaire. Cette douleur était augmentée par la pression et par les mouvements de flexion et d'extension du pied. Il n'y avait pas d'abcès périarticulaires ni de fistules cutanées. On trouvait à l'auscultation quelques lésions pulmonaires moins avancées et moins caractéristiques qu'aujourd'hui; il y avait au sommet gauche des craquements secs et du souffle.

En face de cet état, nous avons essayé un traitement local, en même temps que nous cherchions à modifier l'état général par un traitement interne. Nous avons mis le membre malade sur la gouttière de Bœckel et nous avons fait des badigeonnages de teinture d'iode et de la compression; plus tard nous avons mis un appareil plâtré et nous avons fait à plusieurs reprises des pointes de feu. Le malade mangeait bien et prenait de l'huile de foie de morue créosotée et du vin de quinquina ; mais il restait continuellement couché et ne pouvait aller au grand air. Malgré le traitement, la maladie a évolué ; il y a bien eu à un certain moment une diminution du gonflement et des douleurs; mais il n'a pas tardé à se former un abcès au niveau de la malléole interne et peu après un nouvel abcès en arrière du péroné. Ces deux abcès se sont ouverts et ont laissé des fistules.

Quel était le *diagnostic précis?* Evidemment nous avions affaire à une arthrite chronique fongueuse; le gonflement de l'articulation, une sensation particulière de mollesse, d'empâtement élastique que l'on éprouvait à la face antérieure et de chaque côté des malléoles, ne laissaient aucun doute à cet égard. Mais quand il s'agissait de spécifier la nature de cette arthrite, de savoir si nous avions affaire à une inflammation de nature scrofuleuse ou de nature tuberculeuse, nous nous trouvions en présence de la discussion sur la scrofule et la tuberculose. Je ne m'arrêterai pas aujourd'hui sur cette question. Remarquons cependant que notre malade tousse, qu'il maigrit, qu'il a des craquements au sommet des poumons, qu'en un mot il a des tubercules dans le poumon ; il est donc probable que sa lésion articulaire est de même nature. Du reste, l'examen histologique des pièces sera fait ; on recherchera les follicules tuberculeux et les bacilles.

Mais il ne nous suffisait pas de dire : arthrite fongueuse ; il fallait encore chercher à *préciser l'étendue des lésions*. Les parties molles étaient-elles seules atteintes ? ou bien les os participaient-ils également à l'inflammation ? Telle était la question que nous nous posions. On explorait assez facilement les os : le tibia et le péroné n'étaient ni tuméfiés ni douloureux ; aussi nous nous disions que, s'ils étaient malades, les lésions étaient en tout cas peu étendues; c'est du reste ce qui a été confirmé par l'examen de la pièce, ainsi que vous le verrez tout à l'heure. Il est souvent très difficile d'arriver à un diagnostic bien précis au sujet des altérations osseuses, mais il faut toujours s'efforcer de présumer de l'étendue de ces lésions.

Nous nous trouvions donc en présence d'une arthrite fongueuse tibio-tarsienne, avec suppuration de la synoviale et communication de la cavité articulaire avec l'extérieur par les fistules cutanées. D'autre part, le malade, obligé de rester continuellement couché dans la salle, se trouvait dans de mauvaises conditions hygiéniques; le traitement local et le traitement général n'avaient donné aucun résultat; aussi nous n'avions pas l'espoir d'obtenir la guérison sans une intervention chirurgicale.

Fallait-il faire la résection ou l'amputation ? A un moment, j'ai été sur le point de faire la résection ; mais, en constatant que les lésions pulmonaires étaient plus avancées que lors de l'entrée du malade dans le service, je me suis décidé pour l'amputation, et l'examen anatomique du pied m'a démontré que j'avais eu raison de m'arrêter à cette dernière opération. J'ai fait l'amputation circulaire dans le tiers inférieur de la jambe par le procédé de Lenoir, en pratiquant comme je le fais toujours l'*amputation sous-périostée*. J'ai fait le pansement antiseptique ; les suites ont été simples : pas de fièvre ; état local parfait, pas de gonflement, ni de douleur du moignon, et cependant le lambeau était traversé par des trajets fongueux que j'avais avivés immédiatement avec la curette.

Avant de vous montrer les lésions anatomiques du pied amputé, je veux revenir sur quelques particularités propres aux *tumeurs blanches tibio-tarsiennes*, particularités dues à la forme et aux rapports de cette articulation.

La *douleur* a les mêmes caractères généraux que dans les autres tumeurs blanches, mais elle ne reste pas localisée à l'articulation. Elle se propage sur le dos du pied, en suivant particulièrement son bord interne ; elle s'irradie également à la partie postérieure de la jambe vers le mollet.

Quant au *gonflement*, son étude est très importante, parce qu'il fait préjuger du siège des abcès et des fistules périarticulaires. Il ne peut se produire ni en haut, ni en bas, ni sur les côtés ; mais, à la face antérieure de l'articulation, le ligament est très faible (1). Aussi, voit-on un bourrelet en croissant entre les deux malléoles, en arrière des tendons extenseurs ; il est toujours un peu plus accusé à ses extrémités, en avant des malléoles. En arrière, il y a également des fibres ligamenteuses très faibles ; mais l'articulation est protégée par deux groupes musculaires. En dehors, les tendons des péroniers ; en dedans, le jambier postérieur, le fléchisseur commun des orteils et le fléchisseur propre du gros orteil. Ces tendons sont étalés les uns contre les autres et appliqnés contre l'articulation ; il en résulte que quelquefois, comme vous le verrez chez notre malade, leur gaine peut être envahie par les fongosités et par la suppuration. A leur niveau, la synoviale articulaire ne peut faire saillie en dehors ; le gonflement se produit d'abord profondément entre les deux groupes musculaires ; il rencontre ensuite l'aponévrose profonde de la jambe et se développe en avant du tendon d'Achille, se montrant de chaque côté à peu près à égale distance entre ce tendon et les malléoles. J'insiste sur ce point, car il peut servir dans certains cas au diagnostic différentiel entre les synovites articulaires et les synovites tendineuses ; dans ces dernières, le gonflement est plus près de la malléole que du tendon d'Achille.

Tel est donc le siège du gonflement en avant et en arrière de l'articulation ; il nous indique en quel point s'ouvriront les *abcès* migrateurs en communication avec l'articulation. Si nous laissons de côté les abcès spontanés périarticulaires et ceux qui viennent des os, nous voyons les collections purulentes en communication avec la synoviale faire saillie à la partie antérieure en avant de chaque malléole, surtout en avant de l'externe et à la partie postérieure de chaque côté du tendon d'Achille.

Le pus peut également pénétrer dans les gaines tendineuses et fuser vers la plante du pied. Le siège des *fistules* dépend de celui des abcès ; on les voit se former en avant des malléoles et en arrière de celles-ci, dans l'espace qui les sépare du tendon d'Achille. Chez notre malade, un abcès s'était ouvert derrière la malléole externe.

Bonnet a longuement décrit les *attitudes spéciales* que peut prendre le pied ; mais il n'y a pas lieu d'y insister beaucoup, parce qu'elles n'amènent pas à leur suite des déformations graves, comme dans la coxalgie par exemple, et ensuite parce qu'il est facile pour le chirurgien d'y remédier et de les combattre. Le plus souvent le pied se place dans l'extension, en équinisme ; quant aux inclinaisons latérales, avec plus ou moins de rotation en dedans ou en dehors, elles sont secondaires et dépendent du décubitus latéral droit ou gauche.

Dans l'arthrite tibio-tarsienne, il y a des *lésions de voisinage*, comme dans les autres tumeurs blanches. Si l'arthrite se développe chez les enfants avant 16 ans, elle réagit sur les épiphyses osseuses et peut amener leur réunion prématurée à la diaphyse, d'où un raccourcissement du membre. Il y a de plus un retentissement sur le membre tout entier qui s'amaigrit, s'atrophie, aussi bien dans la tumeur blanche tibio-tarsienne que dans la coxalgie.

Au pied, l'inflammation se propage souvent aux articulations voisines par continuité. L'articulation tibio-tarsienne se prolonge très près de l'astragalo-calcanéenne en dehors et en arrière, et chez notre malade nous trouvons une *arthrite sous-astragalienne postérieure par continuité*. Il y a également des lésions par contiguïté, car il y a toujours une irritation des articulations du voisinage.

Le *diagnostic* de la tumeur blanche tibio-tarsienne est en général facile ; le point le plus épineux est de savoir si les

(1) *Ligaments antérieur et postérieur de l'articulation tibio-tarsienne.* — En général, on ne trouve sur les faces antérieure et postérieure de la synoviale que quelques faisceaux ou lamelles fibreuses sans importance ; mais assez souvent on trouve des faisceaux qui ont nettement deux insertions osseuses et qui par leur nombre et leur importance méritent alors le nom de ligaments.

Dans les nombreuses dissections que j'ai faites lorsque j'étais prosecteur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, j'ai trouvé plusieurs fois les dispositions suivantes :

Ligament antérieur. — On trouve des faisceaux fibreux, isolés les uns des autres, laissant entre eux des intervalles et qui vont s'insérer obliquement sur la partie externe du col de l'astragale et sur la face dorsale du scaphoïde ; ceux-ci semblent se continuer latéralement avec le bord antérieur du ligament latéral interne.

Bourrelet postérieur. — Le bord postérieur de la surface articulaire du tibia est recouvert quelquefois par un cordon ligamenteux cylindrique, parallèle au bord inférieur du ligament péronéo-tibial postérieur, dont il est séparé par un léger intervalle. Ce cordon ligamenteux, formant une sorte de *bourrelet postérieur*, se porte d'une malléole à l'autre.

Ligament postérieur. — Il est quelquefois formé par des faisceaux obliques superficiels et profonds qui se croisent perpendiculairement. Parmi les *superficiels*, les uns, inférieurs, se portent du bord postérieur de la malléole externe au tubercule inférieur de l'extrémité postérieure de l'astragale ; les autres, supérieurs, paraissent continuer en bas le ligament péronéo-tibial postérieur et s'insèrent sur le bord postérieur de la surface articulaire du tibia ; quelques-uns vont se perdre sur la partie superficielle du ligament latéral interne.

Les *faisceaux profonds* forment un plan plus continu ; ils partent de l'angle formé par le bord postérieur de la malléole interne et le bord postérieur de la surface articulaire du tibia et vont se perdre sur la face postérieure de l'astragale, sur le ligament péronéo-astragalien postérieur et jusqu'au sommet de la malléole externe. Ces faisceaux ligamenteux forment ainsi en arrière un plan assez résistant.

gaines tendineuses sont saines ou fongueuses également. Dans ce dernier cas, le gonflement est plus éloigné du tendon d'Achille et plus rapproché des malléoles; il siège tout à fait à leur partie postérieure. Mais souvent une infiltration œdémateuse des tissus périarticulaires rend cette distinction très difficile, sinon impossible.

Je n'insiste pas davantage sur les caractères communs aux tumeurs blanches et je vais vous montrer le pied que nous avons amputé. C'est un *type d'arthrite fongueuse ayant débuté par les parties molles* et ayant envahi consécutivement les parties voisines et les os. On a dit que la tumeur blanche était toujours d'origine osseuse. Cette opinion peut surprendre, car elle est contraire à la pathologie générale. L'existence de la synovite tendineuse fongueuse prouve que la tumeur blanche peut avoir son point de départ dans une synovite fongueuse articulaire. Il est vrai que l'arthrite d'origine osseuse est la plus fréquente chez l'enfant; mais chez l'adulte on trouve souvent des arthrites qui débutent par la synoviale. C'est le cas chez notre malade; la pièce est encore fraîche et a été conservée dans le chloral; aussi vous pouvez bien voir les lésions.

Toute l'articulation tibio-tarsienne est tapissée par une néomembrane fongueuse continue, qui recouvre les surfaces osseuses et synoviales; elle est plus mince sur les os, plus épaisse sur la synoviale, mais régulière sur chaque partie. Les cartilages ont disparu et les surfaces sont recouvertes d'une couche granuleuse.

Sur certains points, l'os est dénudé, mais il n'y a pas de séquestre, ni de fongosités intra-osseuses; vous voyez, par exemple, un état graisseux du tibia et de l'astragale. Vous remarquez en outre une vascularisation considérable de l'os, surtout à la périphérie; sous le périoste et le long de la paroi interne du tissu compacte. C'est une *ostéite périphérique, tubulée*, irrégulière, ostéite consécutive que j'ai rencontrée souvent dans la tumeur blanche. Le canal médullaire ne présente pas d'altération notable à l'œil nu.

Les ligaments sont entourés et infiltrés d'œdème gélatineux et de tissu fongueux; mais ils ne sont pas détruits.

La synoviale est ulcérée derrière la malléole externe. Un abcès s'est développé derrière l'astragale et communique avec l'articulation astragalo-calcanéenne postérieure. Dans cette articulation, les lésions sont moins avancées; elles s'étendent surtout en surface; les cartilages existent encore. Il y a peu de retentissement dans le voisinage. Il y a bien çà et là des points osseux, rouges, injectés; mais on ne trouve pas d'ostéite avec des foyers purulents ou des points d'éburnation.

En même temps vous verrez que la gaine du fléchisseur du gros orteil est malade et présente un commencement d'altération fongueuse; un abcès pouvait par cette gaine gagner la plante du pied.

Les articulations du tarse sont également altérées; leur synoviale est rouge, injectée. Il y a une sorte de collerette vasculaire au niveau de son union avec les surfaces articulaires.

Vous voyez donc qu'ici les altérations débutent par la synoviale et non par les os; ceci est démontré par la marche des lésions, par leur nature dans les divers tissus et par leur intensité différente dans les différents points.

PATHOLOGIE MÉDICALE

QUELQUES RECHERCHES SUR LES MICROBES PATHOGÈNES DE LA BLENNORRHAGIE, par EDOUARD WELANDER, de Copenhague.

Ces microbes, que NEISSER découvrit en 1879, et auxquels il donna le nom de *gonococcus*, se colorent sans peine et distinctement dans une solution de 1 à 2 p. 100 de fuchsine. On laisse reposer durant un tiers à une demi-minute la lamelle porte-objet sur laquelle on a comprimé le pus blennorrhagique en une couche très mince, on lave et on sèche le verre, puis on l'examine dans du baume de Canada ou de copahu. La sécrétion de l'urèthre mâle est facile à recueillir par la pression du verre recouvrant contre le pus exprimé au moyen des doigts. Il est par contre difficile de se servir de ce procédé pour l'urèthre féminin, et l'on emploiera de préférence l'extrémité, en forme de cure-oreilles, d'une sonde cannelée que l'on introduit dans l'urèthre, et que l'on presse à la sortie contre les parois de ce dernier. Il est très facile d'obtenir, de cette façon, la sécrétion, dans les cas où il est impossible d'en exprimer la moindre goutte par le moyen du doigt.

Les *gonococcus* sont colorés en brun noir par la fuchsine, les noyaux deviennent d'un rouge intense, et le protoplasma d'un rouge faible. Les *gonococcus* se rencontrent presque toujours en groupes, jamais en chapelets; on les trouve tant à à l'intérieur qu'à l'extérieur des cellules de pus, fréquemment par grands groupes sur les épithéliums, et en outre à l'état libre dans la sécrétion, en ce cas d'ordinaire par groupes plus ou moins notables. Ils se montrent comme des *diplococcus* à un fort grossissement.

Un grand nombre de circonstances militent en faveur de l'hypothèse suivant laquelle les *gonococcus* sont les microbes pathogènes de la blennorrhagie. On les rencontre dans tous les cas de cette affection. Je les ai découverts dans 129 cas de blennorrhagie aiguë et dans 15 cas de blennorrhagie chronique chez les hommes, ainsi que dans la sécrétion uréthrale purulente de 79 femmes.

On ne trouve jamais de *gonococcus* dans d'autres sécrétions, tout aussi peu que dans les abcès.

Dans 25 cas de blennorrhagie (avec *gonococcus*), j'ai pu découvrir les personnes qui avaient communiqué la contagion, et j'ai aussi constaté chez elles la présence de *gonococcus*.

Les essais d'inoculation avec des sécrétions ne contenant pas de *gonococcus* ont donné des résultats négatifs. Dans 5 cas, la sécrétion de balanites fétides a été introduite dans l'urèthre; cette sécrétion, qui contenait de petits éléments haciliformes, n'a pas eu le moindre effet. La sécrétion du vagin, chargée de microbes d'une multitude de formes différentes, a également été inoculée sans résultats.

Dans l'urèthre de trois hommes fut introduite la sécrétion vaginale d'une vierge de quatorze ans. Cette sécrétion contenait des cellules épithéliales, ainsi que des microbes sphériques et bacilliformes; aucune réaction ne s'accusa dans l'urèthre de ces individus. D'une femme atteinte d'un écoulement fétide et purulent du vagin, écoulement qui contenait une grande quantité de microbes bacilliformes doués des mouvements les plus vifs, cette sécrétion fut introduite dans l'urèthre de trois hommes, également sans le moindre effet sur la muqueuse. De trois femmes dont la sécrétion uréthrale, mais non la sécrétion vaginale, contenait des *gonococcus*, une

quantité considérable de sécrétion vaginale fut introduite dans l'urèthre de trois hommes sans y produire le moindre effet. L'une des femmes avait ses menstrues. A la même occasion, il fut pris de cette femme une très petite quantité de sécrétion uréthrale contenant des *gonococcus ;* on introduisit la quantité en question dans l'urèthre d'un autre homme, avec ce résultat qu'au bout de deux jours il se déclara chez lui un écoulement de l'urèthre, offrant des *gonococcus* sur les cellules épithéliales ; au troisième jour, il avait la blennorrhagie avec de grandes masses de *gonococcus*. On obtint un résultat parfaitement identique à celui fourni par l'inoculation de la sécrétion uréthrale des deux autres femmes. Une faible quantité de sécrétion uréthrale contenant des *gonococcus* produisit ici une blennorrhagie chez les mêmes sujets mâles dans l'urèthre desquels il avait été possible d'introduire sans suite aucune une grande quantité de sécrétion vaginale dépourvue de *gonococcus* de ces mêmes femmes.

Si tout ce qui vient d'être mentionné milite fortement en faveur de la nature pathogène des *gonococcus*, cela ne fournit pas cependant la preuve scientifique de cette nature. Il faut pour cela la culture et l'inoculation. Malheureusement, les *gonococcus* sont difficiles à cultiver, et en outre ils ne se laissent pas inoculer sur des animaux, d'où il suit que l'on rencontre de grandes difficultés à fournir cette preuve scientifique.

Bokai a, il est vrai, inoculé, avec des résultats positifs, chez trois hommes, des *gonococcus* cultivés « purs » suivant son procédé à lui. Sa description, tant de la culture que du résultat des inoculations, est toutefois si incomplète, que ses expériences ne peuvent être considérées comme probantes. Depuis lors, Bockhardt (1) a inoculé, avec des *gonococcus* (cultivés par Fehleisen), une personne qui souffrait de paralysie générale. Le résultat fut également positif; le malade contracta non seulement la blennorrhagie, mais encore une cystite et des abcès rénaux dans lesquels se trouvaient de nombreux *gonococcus*. Le malade mourut au dixième jour pendant une crise paralytique. Mais, même la valeur probante de ce cas est contestée par Loeffler, qui n'a pas réussi à cultiver des *gonococcus* au moyen de la méthode indiquée par Fehleisen. Mes propres essais à cet égard ont été suivis d'un égal insuccès. La question se pose à l'heure actuelle en ces termes, que toutes les circonstances possibles militent, avec une probabilité se rapprochant de la certitude, en faveur de l'hypothèse que les *gonococcus* sont les microbes pathogènes de la blennorrhagie, mais que, quant à la preuve scientifique, elle n'a pas encore été fournie.

Bockhardt a essayé d'expliquer la pathogénie de la blennorrhagie en partant de son cas. Il émet l'avis que lorsque les *gonococcus* entrent dans la fosse naviculaire, ils descendent, entre les cellules épithéliales, jusqu'aux voies lymphatiques de la muqueuse, et que c'est là seulement que leur propagation commence. Cette hypothèse est assurément erronée, car, si, par exemple, l'on examine, le jour après l'infection, la sécrétion que l'on peut obtenir en la râclant ou en la faisant sortir par compression, on trouve un grand nombre de cellules épithéliales parmi les cellules de pus ; on aperçoit sur les premieres de grands groupes de *gonococcus* serrés les uns à côté des autres, et occupant parfois toute la surface de la cellule, tandis que la quantité de *gonococcus* contenus dans les cellules purulentes est très petite. Quand on voit ces groupes de *gonococcus* sur les cellules épithéliales, il n'est guère possible de ne pas croire à leur développement sur ces points-là. Il est invraisemblable au plus haut degré qu'ils se soient rendus avec les cellules purulentes dans le conduit muqueux de l'urèthre, et qu'ils s'y soient placés et déposés de cette façon. Cette question est d'une grande importance pratique, car d'elle dépend celle de savoir si le traitement abortif est justifié ou non.

Chez les hommes, on a rencontré des *gonococcus* non seulement dans les sécrétions uréthrales, mais encore, pour ce qui concerne 4 cas, dans les abcès périuréthraux, ainsi qu'une fois dans une lymphangite qui s'était transformée en abcès, et où la sécrétion purulente, qui s'écoula pendant plusieurs mois de l'extrémité de la corde lymphatique, contenait des *gonococcus*.

La présence de *gonococcus* dans le vagin n'a pu être constatée que dix fois ; dans 4 cas, la vaginite était aiguë, dans tous les autres, subaiguë avec sécrétions purulentes. A plusieurs reprises, la sécrétion utérine plus ou moins purulente de prostituées a été examinée sans qu'il y ait pu être cependant découvert de *gonococcus*. En revanche, j'ai trouvé beaucoup plus fréquemment des *gonococcus* dans l'urèthre de la femme. Sur 163 femmes, dont un grand nombre avaient été examinées sans qu'il eût été fait de choix spécial, je découvris chez 79 des *gonococcus* dans la sécrétion uréthrale.

La sécrétion claire et liée des glandes de Bartholin a été examinée dans 12 cas. Il n'y a pas été découvert de *gonococcus*, mais en revanche d'autres microbes. Dans 5 cas de bartholinite aiguë, il a été impossible de constater la présence de *gonococcus*, quoique trois des femmes atteintes en eussent dans l'urèthre; les abcès furent guéris au bout de quelques jours. Chez deux femmes souffrant d'une fistule due à une bartholinite antérieure, des *gonococcus* furent découverts dans la sécrétion sortant de la fistule; elles avaient aussi des vers dans la sécrétion sortant de la fistule; elles avaient en outre des *gonococcus* dans l'urèthre. Chez 21 femmes avec écoulement purulent du canal excréteur de la glande de Bartholin, on découvrit des *gonococcus* dans chaque cas. Toutes ces femmes, sauf une, avaient de ces microbes dans l'urèthre. Le fait que les *gonococcus* se présentent fréquemment dans la glande de Bartholin et dans son canal excréteur est d'une grande importance pratique. Il existe, par des raisons faciles à comprendre, la plus grande possibilité qu'une femme souffrant de cette affection communiquera la blennorrhagie dans le coït; une femme, au contraire, qui n'a des *gonococcus* que dans sa sécrétion uréthrale peu considérable, ne sera pas, à beaucoup près, aussi dangereuse.

Quant au traitement, on a essayé les remèdes antimicrobiques ordinaires, l'acide phénique, l'iodoforme, le sublimé corrosif, et ils ont chaudement été préconisés par bien des auteurs. Je ne puis, pour ma part, me rallier entièrement à ces louanges. Bockhardt dit que le traitement abortif n'a pas sa raison d'être, vu qu'il n'existe de *gonococcus* que dans les voies lymphatiques et non parmi les cellules épithéliales. On les y rencontre néanmoins les (deux ou trois) premiers jours, et pendant ces jours-là un traitement abortif est parfaitement justifié. Le procédé le plus convenable consiste dans l'emploi d'une solution d'azotate d'argent, précédé d'un raclage complet de la partie antérieure de l'urèthre et principalement de la fosse naviculaire, au moyen d'un petit bouchon de coton fixé à

(1) Voir Gazette médicale, 1882, p. 645.

une pincette; on enlève de cette façon une quantité de cellules épithéliales avec les *gonococcus* déposés sur ces cellules ou entre elles ; il en résulte en outre que la cautérisation agit plus vigoureusement.

Dans certaines circonstances, la constatation de la présence de *gonococcus* peut avoir une importance pratique, par exemple dans la visite des prostituées et d'autres femmes; ainsi, par exemple, pour décider la question de savoir quand cesse la contagiosité de la blennorrhagie. En outre, l'expérience a permis de constater que la notion de la présence de *gonococcus* peut aussi être d'une importance signalée pour l'oculiste et pour le médecin légiste.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Contributions à l'histoire clinique du diabète.

I. Présence de l'acide oxybutyrique dans l'urine des diabétiques, par O. Minkowski (1). — II. Un cas de diabète aigu, par Wilks et Audland (2). — III. Luxation de la colonne vertébrale avec diabète transitoire, par Scheuplein (3). — IV. Sur des formes spéciales de dermatoses chez les diabétiques, par le professeur Kaposi, de Vienne (4). — V. Diabète et rétraction de l'aponévrose palmaire, par M.A. Cayla (5). — VI. De l'influence du diabète sucré sur les fonctions des organes génitaux chez la femme, par le docteur Hofmeier (6).

Hallervorden (7) avait constaté dans bon nombre de cas de diabète une augmentation de la quantité d'ammoniaque excrétée par les urines. Récemment Stadelmann (8) avait attribué le fait signalé par Hallervorden à la présence dans les urines des diabétiques d'un acide qui, à en juger par ses propriétés et par les résultats de l'analyse qualitative, devait être l'acide crotonique. Certaines considérations avaient conduit M. Minkowski à conclure que l'acide en question n'était pas préformé dans les urines des diabétiques, qu'il prenait naissance aux dépens d'un autre acide, dans le cours des manipulations nécessitées par l'analyse des urines. Ce dernier a pu être isolé des urines d'un diabétique chez lequel l'excrétion ammoniacale était exagérée. Minkowski a réussi à l'obtenir sous forme de combinaisons salines cristallisées, uni au zinc, à l'argent, au sodium. Cette substance n'est autre que l'acide oxybutyrique, qui a pour formule $C_3H_6(OH)COOH$. Elle présente une complète analogie de propriétés avec l'acide B-oxybutyrique réalisé par Markownikoff. En distillant l'urine avec de l'acide sulfurique, il se forme de l'acide B-crotonique aux dépens de l'acide B-butyrique. En fixant de l'oxygène, l'acide oxybutyrique doit donner naissance à de l'acide acétique, lequel se décompose facilement en acétone et en acide carbonique. Et en effet, en traitant par le chromate de potasse et l'acide sulfurique de l'urine renfermant de cet acide oxybutyrique, M. Minkowski a obtenu de l'acétone. D'où il conclut que l'acide oxybutyrique peut être considéré, avec une très grande vraisemblance, comme la substance mère de l'acétone. Autrement dit, les recherches de M. Minkowski tendent à élucider la pathogénie si obscure des accidents connus sous le nom d'acétonurie, de coma diabétique, qui représentent un mode de terminaison relativement fréquent du diabète, et sur lesquels M. Verneuil attirait l'attention des chirurgiens dans une communication récente (Comptes rendus, 1883, n° 20). Minkowski rappelle d'ailleurs que les deux diabétiques sur lesquels Stadelmann a fait ses recherches sont morts l'un et l'autre dans le coma diabétique ; les déductions que l'auteur a cru pouvoir tirer de là feront l'objet d'une communication ultérieure. Pour le moment, l'auteur se borne à ajouter que le second malade a éliminé par les urines jusqu'à 20 grammes d'acide oxybutyrique dans les vingt-quatre heures qui ont précédé le dénouement fatal.

— Un jeune homme de 23 ans, sans antécédents morbides héréditaires, sentit ses forces décliner environ quinze jours avant son entrée à Guy's Hospital; en même temps il était en proie à une soif démesurée et à de la polyurie. Dans les dix-huit premières heures de son séjour à l'hôpital, le malade rendit 2,760 c. c. d'urine, contenant 30 grammes de sucre par litre (16 grains par once). Bientôt le malade fut pris des accidents du coma diabétique, et il succomba le huitième jour après son entrée à l'hôpital. A propos de ce fait, M. Willks fait observer que la dénomination de coma s'applique mal aux accidents diabétiques décrits pour la première fois par Küssmaul; que ces accidents sont plutôt ceux d'un collapsus aigu. Il signale comme un symptôme assez constant du coma diabétique une douleur vive qui se manifeste à la pression du creux épigastrique, particularité qui avait déjà été signalée par Küssmaul.

— Un dragon âgé de 23 ans tomba d'une hauteur de quarante-deux pieds ; on le transporta à l'hôpital et là on constata, quelques heures après l'accident, la présence d'une tumeur du volume d'un poing au niveau des dernières vertèbres dorsales et des premières vertèbres lombaires. Les téguments, à ce niveau, étaient intacts. A la palpation, on reconnut que la tumeur était constituée en grande partie par un épanchement de sang. En outre, on fut amené à diagnostiquer une luxation en avant et à droite de la douzième vertèbre dorsale, avec compression probable du corps de la première vertèbre lombaire, arrachement de petits fragments des apophyses transverses et obliques des deux vertebres en question. En fait de traitement, on procéda à l'extension du tronc au niveau des épaules, le bassin étant fixé par l'une des mains du principal opérateur, pendant que celui-ci exerçait avec l'autre main une pression directe sur la saillie antérieure de la douzième vertèbre dorsale. Après une première tentative infructueuse, la réduction fut obtenue sans effort considérable. A ce moment, on entendit un bruit manifeste au siége de la luxation. Il ne subsistait plus qu'une légère saillie formée par l'apophyse épineuse de la première vertèbre lombaire et une légère convexité s'étendant depuis la dixième vertèbre dorsale jusqu'à la deuxième vertèbre lombaire. Au bout de cinq semaines de séjour au lit, le malade pouvait marcher sans difficulté. Une particularité très intéressante notée dans le cours de cette ob-

(1) Centralblatt für die medicinischen Wissenschaften, 1884, no 15.
(2) Medical Times and Gazette, 19 janvier 1884.
(3) Archiv für Klin Chirurgie, t. XXIX, p. 365.
(4) Wiener medic. Wochenschrift, 1884, n° 1-4.
(5) Gazette hebdomadaire de médecine, 1883, n° 47.
(6) Berliner Klin. Wochenschrift, 1883, no 42.
(7) Archiv. für experimentelle Pathologie und Pharmak, t. XII, p. 237.
(8) Ibidem, t. XVI, p. 419.

servation fut l'apparition, chez ce malade, d'un diabète aigu, onze jours après l'accident; la glycosurie atteignit très rapidement un degré prononcé, pour se dissiper au bout de quatre semaines. La guérison se maintenait deux ans plus tard; le patient, un valet de ferme, avait pu reprendre ses occupations et ne conservait, en fait de traces de son accident, qu'une légère gibbosité.

— Une femme de cinquante et un ans, en traitement dans le service de M. Kaposi, à Vienne, présentait à la jambe gauche trois foyers gangréneux de forme triangulaire, limités chacun par un bord concave et un bord convexe. Le plus petit de ces foyers gangréneux avait les dimensions d'un thaler, un autre avait des dimensions doubles, et le troisième embrassait une surface équivalente à celle du plat de la main d'un adulte. Entre ces trois foyers se trouvaient disséminées une vingtaine de petites bulles dont le volume variait de celui d'un pois à celui d'un haricot, à contenu crémeux, trouble. Deux ou trois de ces bulles étaient dépouillées de leur épiderme et laissaient voir un fond jaunâtre formé par le derme escharifié. D'après les renseignements fournis par la femme, les trois principaux foyers de gangrène avaient également débuté par des bulles. M. Kaposi appliqua à ces manifestations cutanées la dénomination de gangrène bulleuse serpigineuse, et, soupçonnant qu'elles s'étaient développées sous l'influence du diabète, il fit examiner les urines de la malade, qui renfermaient effectivement 5,15 p. 100 d'urine. La malade fut mise au régime anti-diabétique et à l'usage de l'eau de Carlsbad; il en résulta une amélioration passagère. Mais bientôt de nouveaux foyers de gangrène apparurent et la malade succomba dans le collapsus.

M. Kaposi a pris occasion de ce fait, pour passer en revue les principales manifestations pathologiques du côté de la peau, qu'on rencontre dans le cours du diabète. Ce sont :

1° L'*astéatose* et l'*anhidrose* de la peau, qui se manifestent par une extrême sécheresse du tégument externe avec tendance à la desquamation; 2° le *prurit cutané*, tantôt généralisé, tantôt limité à la vulve, chez les femmes; 3° l'*urticaire chronique*; 4° l'*acné cachectique*, qui envahit principalement les fesses et les membres du côté des extenseurs, et qui peut coïncider avec l'urticaire et le prurit; 5° la *roséole* et les *plaques érythémateuses*, qui peuvent persister pendant toute la durée de la maladie, comme Marchal de Calvi, en avait déjà fait la remarque; 6° l'*eczéma des parties génitales*, dû au contact de la peau avec une urine chargée de sucre; sous l'influence de ce contact irritant, la peau devient quelquefois le siège d'une inflammation intense, qui peut aboutir à un phlegmon diffus, à la gangrène, à la formation d'abcès circonscrits, à une furonculose des parties génitales et des parties avoisinantes. Cependant, outre le contact de la peau avec l'urine chargée de sucre, il y a la glycohémie qui joue également un rôle dans le développement de ces accidents cutanés; 7° la *paronychie diabétique*, dont l'auteur n'a pas rencontré grand mention dans la littérature, qui affecte principalement le gros et le petit orteil de chaque pied, tout particulièrement exposés, à des froissements et à la compression. Cette paronychie, le plus souvent indolente, est quelquefois extrêmement douloureuse; elle peut être le point de départ de la gangrène; 8° la *furonculose* et l'*anthrax*; 9° la *gangrène diabétique*, dont le caractère propre est de se développer par foyers disséminés, d'être limitée au tégument et indépendante d'érosions superficielles, d'affecter une marche serpigineuse, et enfin de succéder souvent à des manifestations papuleuses et bulleuses, avec intégrité de l'épiderme; 10° la *papillomatose diabétique*, dont l'auteur rapporte un exemple relatif à un médecin de Rio-Janeiro, âgé de soixante ans, diabétique depuis vingt années. Cet intéressant malade avait été vu à Paris par MM. E. Bernier, Vidal, Hardy, qui avaient porté les diagnostics de lupus scléreux, lupus végétant, syphilomes végétants.

A l'époque où M. Kaposi vit le malade, celui-ci présentait au niveau de la main et de l'avant-bras du côté gauche un épaississement de la peau; les doigts et la main épaissis étaient comme rembourrés; sur la face dorsale, ces parties étaient parsemées de végétations rouges, suintantes et agglomérées, dont les dimensions variaient de celle d'un pois à celle d'un kreuzer, ainsi que d'ulcérations de même étendue. Les ulcérations siégeaient pour la plupart sur des plaques d'infiltration inflammatoire; elles étaient arrondies ou réniformes, limitées par des excroissances saillantes (de plusieurs millimètres de hauteur), rouges, glanduleuses, saignant facilement, sécrétant un liquide sanieux. En maint endroit, ces excroissances étaient fermes, recouvertes d'un enduit corné d'un brun pâle. Le repli unguéal était occupé par de semblables végétations douloureuses. L'avant-bras en était parsemé et on y découvrait également des ulcérations ainsi que des cicatrices, les unes punctiformes, les autres de dimensions beaucoup plus considérables. Toutefois, sur l'avant-bras, il restait encore beaucoup d'îlots de peau saine. Enfin sur le coude siégeait une ulcération ayant la largeur de la main, faisant une saillie de plus de 2 centimètres, comme rétractée à sa base, à surface inégale, d'aspect glanduleux, rouge, humide, saignante, laissant voir par places des végétations cornées.

Kaposi repoussa le diagnostic de syphilides ulcéreuses, parce que celles-ci présentent une base et des bords infiltrés, un fond lardacé et un endolorissement, tous caractères qui faisaient défaut aux ulcérations du malade en cause. Il repoussa également le diagnostic de lupus, parce que les nodosités disséminées et tont à fait caractéristiques du lupus faisaient défaut chez le malade. Il passe sous silence les raisons qui lui firent rejeter le diagnostic de *framboesia* des tropiques, et sans préciser davantage la question de diagnostic anatomique il passe à la question du traitement. Le malade fut mis à l'usage de l'eau de Carlsbad, à des bains locaux de sublimé, à des applications d'emplâtre mercuriel. Sous l'influence de ce traitement, les ulcérations se cicatrisèrent rapidement, l'infiltration de la peau se dissipa. Ce qui restait des végétations antérieures fut enlevé avec la cuiller. Le traitement avait été commencé fin septembre 1882. Au commencement du mois de décembre, la guérison était à peu près complète. Le 1er janvier suivant, le malade fut pris des symptômes du coma diabétique, et il succomba dix jours plus tard.

Convaincu que chez le malade en question les manifestations cutanées s'étaient développées sous l'influence du diabète, M. Kaposi se fit adresser par M. E. Besnier une reproduction du moulage qui avait été fait à Paris en 1881. Ce moulage représentait bien les accidents observés par le dermatologiste de Vienne, mais à un stade moins avancé.

— M. Cayla a pu recueillir sept exemples de rétraction de l'aponévrose palmaire coïncidant avec un diabète sucré ou insipide, et il se demande si on ne peut pas considérer la lé-

sion palmaire comme un trouble trophique développé sous l'influence de la maladie générale, on si c'est une simple coïncidence ?

— Une jeune fille de 20 ans, de constitution robuste, régulièrement réglée depuis l'âge de 14 ans, vint se faire traiter à la policlinique de l'université de Berlin pour des démangeaisons à la vulve, avec aménorrhée datant d'un an. Les parties génitales présentaient l'aspect qu'on leur trouve dans les cas de prurit d'origine diabétique; l'urine de la malade renfermait d'ailleurs une grande quantité de sucre. L'utérus était petit, mesurant à peine cinq centimètres en longueur, frappé d'une véritable atrophie. Les ovaires participaient à cette atrophie, comme le fit voir l'exploration de l'abdomen pratiquée pendant que la malade était plongée dans l'anesthésie chloroformique. De l'avis de l'auteur, il s'agit là d'une atrophie secondaire des organes génitaux, développée sous l'influence du diabète, comparable au retentissement qu'a cette maladie sur les organes génitaux chez l'homme. Si les occasions d'observer cette atrophie sont rares, cela tient à ce que le diabète atteint principalement les femmes à l'âge de la ménopause.

E. RICKLIN.

CORRESPONDANCE.

Bruxelles, 1er juin 1883.

Monsieur le Directeur,

M. le docteur A. Dureau (GAZ. MÉD. 31 mai, feuilleton) m'attribue l'opinion que voici :

« M. Warlomont, après avoir analysé les discussions qui ont eu lieu, ces dernières années, sur l'origine unique de la variole et de la vaccine, conclut avec « regret » que la thèse de l'unicité, hypothèse simple, respectable, donne, mieux qu'aucune autre, la clef du problème. »

Or, voici ce que j'ai écrit (*Traité de la vaccine*, p. 123) :

« Quoi qu'il en soit, force nous est, pour le présent, et nous le « regrettons, de considérer la thèse de l'unicité comme une hypo- « thèse simple. Hypothèse respectable toutefois, car il n'en est « aucune autre qui donne, aussi bien qu'elle, la clef du problème « complexe dont nous venons de rechercher la solution. »

Veuillez avoir l'extrême obligeance, monsieur le Directeur, d'insérer cette rectification et croyez à mes sentiments les plus distingués.

Dr WARLOMONT.

BIBLIOGRAPHIE

RECHERCHES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES SUR L'ÉPILEPSIE, L'HYSTÉRIE ET L'IDIOTIE, trois volumes : 1881, 1882 et 1883, par M. BOURNEVILLE, médecin de Bicêtre.—A. Delahaye et Lecrosnier, éditeurs.

M. le docteur Bourneville a eu l'excellente pensée de réunir chaque année en un volume les documents anatomiques et cliniques recueillis dans son service de Bicêtre et les mémoires qu'ils ont inspirés à lui-même et à divers collaborateurs. C'est ainsi que les noms de MM. d'Olier, Bonnaire, Wuillamié, Dauge et Bricon, figurent successivement sur les titres de ces trois premiers tomes d'une collection qui s'augmentera, nous l'espérons, de beaucoup d'autres. La plupart de ces observations on de ces monographies avaient déjà vu le jour soit dans les colonnes du PROGRÈS MÉDICAL, soit dans les pages des ARCHIVES DE NEUROLOGIE ou dans les BULLETINS DES SOCIÉTÉS ANATOMIQUE OU DE BIOLOGIE. On n'en est pas moins bien aise de les retrouver en un seul corps : cela facilite à la fois les recherches et augmente l'intérêt en rapprochant les faits similaires épars dans des recueils différents.

En tête de chaque volume est un court chapitre historique et statistique ; on y peut voir les grandes améliorations introduites depuis trois ans dans le service des enfants idiots, épileptiques et hystériques, et des épileptiques adultes à Bicêtre.

Puis nous trouvons successivement dans le premier volume : *Note sur la maladie bleue : de la température centrale dans cette maladie*. Dans quatre cas terminés par la mort, la température s'est progressivement abaissée jusqu'à la fin. Dans une observation à terminaison heureuse, la courbe thermique a éprouvé une sorte de redressement allant jusqu'à la normale. Il semblerait résulter de ces faits cette conclusion remarquable : c'est que la marche de la température indique jusqu'à un certain point celle des lésions cardiaques. Suivent dans le même volume : *Note sur un cas de crétinisme avec myxœdème* (cachexie pachydermique). — *Un idiot jeuneur.* — *Note sur un cas d'hystérie chez un garçon de 13 ans.* — *Recherches sur l'action physiologique et thérapeutique du bromure d'éthyle dans l'épilepsie.* — *Trois observations d'épilepsie et d'idiotie*, avec autopsies intéressantes.

Dans le deuxième volume : *Notes et observations sur l'idiotie*, où sont notamment consignées les recherches si originales de l'auteur et de Brissaud sur l'*Encéphalite tubéreuse*, forme tout à fait nouvelle de lésion de la substance corticale ; une belle planche accompagne ce mémoire, qui avait paru dans les ARCHIVES DE NEUROLOGIE. Après, viennent des observations très complètes *d'idiotie symptomatique de méningo-encéphalite*, *d'imbécilité et d'idiotie dues à la microcéphalie et à l'hydrocéphalie* ; ces deux dernières surtout sont remarquables par les descriptions des cerveaux, accompagnées de belles planches. Suivent diverses observations recueillies dans le service et dont quelques-unes, il faut l'avouer, sont d'un intérêt hors de proportion avec l'étendue exagérée que leur a donnée leur rédacteur (telles par exemple celles qui ont trait à l'épidémie de rougeole observée dans la section des enfants).

C'est du reste là une des critiques qui pourraient être faites à beaucoup des observations publiées par l'auteur ; elles sont prises avec une surabondance de détails qui touche parfois à la prolixité et fatigue le lecteur sans lui apporter un supplément véritable d'information clinique. Empressons-nous de reconnaître que ce défaut est bien préférable à l'excès contraire qui est bien plus fréquent ; aussi ne le signalons-nous qu'en passant, sans y insister.

Le troisième volume débute par une série de travaux thérapeutiques : *Du bromure d'or dans l'épilepsie.* — *Du traitement de l'épilepsie par l'hydrothérapie.* — *Recherches critiques et expérimentales sur l'emploi de l'aimant dans l'épilepsie.* Puis viennent des observations cliniques et anatomiques : *Idiotie symptomatique d'une méningo-encéphalite généralisée chez un enfant de cinq ans.* — *Epilepsie idiopathique, rachitisme ; exostoses multiples et symétriques, fracture du crâne.* — *Nouveau cas d'hystérie chez un jeune gar-*

çon. Enfin il se termine par une *Note sur deux cas de paralysie consécutive au bromure d'or* et une *Note sur les exostoses multiples*.

Cette énumération suffit pour montrer l'abondance des matériaux de toute sorte renfermés dans cette sorte de COMPTE RENDU ANNUEL, comparable aux *Reports* des grands hôpitaux anglais, aux *Annalen* des hôpitaux allemands. Combien d'observations importantes seraient conservées à la science si l'exemple du médecin de Bicêtre trouvait des imitateurs! Qui dira l'immense déperdition de documents qui se fait chaque année dans nos riches services hospitaliers! Il faut donc savoir gré à M. Bourneville de son initiative et souhaiter que son exemple soit suivi.

Nous avons déjà formulé quelques critiques de détail sur la rédaction des observations. Nous y joindrons des regrets sur l'insuffisance de certaines descriptions anatomiques relatives aux cerveaux d'idiots, d'imbéciles et de microcéphales que l'auteur a eu la bonne fortune d'observer en assez grand nombre dans son service spécial. Ces pièces précieuses et rares mériteraient mieux qu'une description écourtée et parfois presque nulle, comme celle qui leur est généralement consacrée. La description du cerveau d'Edern, reproduite par M. Bourneville d'après la thèse de Ducatte, aurait pu sur ce point servir de modèle à l'auteur et à ses collaborateurs. Il est vrai qu'une relation aussi minutieuse demande une connaissance approfondie de la morphologie cérébrale, qu'on ne saurait peut-être exiger de tous les observateurs; mais il serait facile de la remplacer par un dessin (au trait) reproduisant les deux hémisphères et chacun d'eux au moins sur ses quatres *normas* ou points de vue différents. Si M. Bourneville comblait cette lacune dans ses volumes ultérieurs, il augmenterait encore notablement la valeur scientifique de sa consciencieuse publication.

SAMUEL POZZI.

FORMULAIRE

LOTION AU SUBLIMÉ CONTRE L'URTICAIRE CHRONIQUE.

Rec. Sublimé corrosif.......	1	gramme.
Eau distillée...........	100	—
Alcool................	q. s.	

M. s. a. — On fera, sur les régions de la peau envahies par l'urticaire, des lotions ave de l'eau fraîche contenant *cuillerée à café* de cette solution par demi-verre d'eau.

En même temps, on prescrira au malade des bains alcalins et une préparation arsenicale à prendre à l'intérieur, telle que :

Rec. Arséniate de soude.	0,05	centigrammss.
Eau distillée........	100	grammes.

M. s. a. — Prendre une cuillerée à café à chaque repas.

E. R.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE.

DU MEILLEUR MOYEN D'ADMINISTRER LE SALICYLATE DE SOUDE. — L'histoire si récente et déjà si remplie de la médication salicylée est trop connue pour qu'il soit nécessaire de la faire à nouveau. Les succès obtenus dès le début ont encouragé les praticiens, et beaucoup d'entre eux se sont mis à l'œuvre pour vérifier les résultats énoncés. En très peu de temps, MM. Hérard, Hardy, Oulmont, Guéneau de Mussy et Jaccoud ont apporté à la tribune de l'Académie de médecine le fruit de leur expérience. Ils ont reconnu que le salicylate de soude pur et administré sous une forme convenable était le médicament le plus efficace que l'on ait employé contre le rhumatisme articulaire aigu ou chronique, les nodosités d'Heberden et certaines affections goutteuses.

« Aujourd'hui, dit M. le professeur Vulpian (1), il y a accord unanime sur l'efficacité de l'emploi du salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu et ce serait du temps perdu que de rapporter de nouveaux faits plus ou moins analogues à ceux que chaque médecin a pu observer dans sa propre pratique.

« Le salicylate de soude pur produit de très bons effets dans le traitement des accès aigus de goutte. Il guérit souvent ces accès en peu de jours, aussi rapidement que les attaques de rhumatisme articulaire aigu. »

D'après le docteur Compagnon (2) : « Le salicylate de soude peut et doit être employé dans le traitement du rhumatisme noueux, toutes les fois que l'état de la circulation centrale ou des reins ne vient pas le contre-indiquer.

« Non seulement il calme les douleurs, mais encore il permet aux articulations de reconquérir une partie des mouvements perdus et il enraye la marche de la maladie.

« Seulement, ajoute le docteur Compagnon, souvent le salicylate de soude étant impur, il sera essentiel de s'assurer de la qualité du médicament. »

Une discussion intéressante s'est élevée sur ce point à la Société de médecine de Paris : M. le docteur Charrier, après avoir rappelé les succès constants obtenus dans le traitement du rhumatisme par l'administration du salicylate, s'exprime ainsi : « J'ai dans mon service à l'Imprimerie nationale une malade qui est atteinte des nodosités d'Heberden, avec déformation des doigts et douleurs atroces; elle prend, depuis deux ans. 4 grammes par jour de salicylate; les douleurs ont disparu, les nodosités n'ont plus augmenté et la malade a pu continuer son travail sans interruption »; puis il ajoutait : « Une chose aussi est à considérer : c'est la pureté du médicament; aussi me suis-je toujours servi avec avantage de la solution Clin au salicylate de soude. Le salicylate que Clin emploie est d'une pureté parfaite, préparé avec le plus grand soin. C'est un médicament dans lequel on peut avoir toute confiance. »

M. Géry a corroboré cette affirmation en termes catégoriques : « J'ai employé, a-t-il dit dans la même séance, le salicylate de soude aux mêmes doses et dans les mêmes conditions que vous, et comme vous, j'ai eu des succès et des revers. Frappé de la persistance de ces derniers chez certains malades qui me semblaient être dans les meilleures conditions pour se bien trouver du traitement, j'ai cru devoir attribuer l'insuccès à la préparation plus ou moins mauvaise du médicament, et, après des essais comparatifs, je suis convaincu qu'il faut attacher une grande importance à la manière dont le salicylate est préparé, et que toutes les pharmacies ne le livrent pas suffisamment pur. Je me trouvais dernièrement en consultation avec mon excellent confrère et ami M. Millard, qui me disait qu'avec une préparation toujours identique comme la solution Clin, il n'avait eu qu'à se louer de l'emploi du salicylate de soude. »

Mais quelles que soient les circonstances dans lesquelles on se propose de prescrire le salicylate de soude, il importe d'avoir constamment présentes à l'esprit les règles posées par le professeur

(1) JOURNAL DE PHARMACIE ET DE CHIMIE, décembre 1880. — Revue médicale par M. le professeur Vulpian, doyen de la Faculté de médecine de Paris. — *Du mode d'action du salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu.*

(2) *De l'utilité du salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme noueux*, Paris, 1880.

G. Sée (1) : « Pour administrer le salicylate de soude, le meilleur moyen c'est la *Solution*; je ne saurais accepter l'usage du salicylate en pilules, pastilles, poudres, cachets; car ces formes pharmaceutiques finiraient par déprécier un médicament des plus utiles. La seule condition exigible, c'est la pureté du médicament qui contient trop souvent une certaine quantité d'acide phénique; c'est là un inconvénient qui se traduit par un profond dégoût. »

En résumé, le salicylate de soude possède une efficacité incontestable et a donné d'excellents résultats toutes les fois qu'il a été possible d'administrer ce produit absolument pur. A cet égard, on aura toute garantie en prescrivant la solution Clin : chaque cuillerée à bouche contient 2 grammes de salicylate de soude pur, chaque cuillerée à café en contient 50 centigrammes. Cette solution incolore, par conséquent *exempte d'acide phénique*, très exactement dosée et toujours identique, dans sa composition, permet au médecin d'administrer sûrement le salicylate de soude pur et de varier les doses selon les indications qui se présentent.

(Gazette des hôpitaux.)

NOTES & INFORMATIONS

L'Association générale et les syndicats médicaux. — Le Conseil général de l'Association générale des médecins de France, en exécution de la décision prise dans la dernière assemblée annuelle de mettre à l'étude les rapports à intervenir entre l'Association générale et les syndicats médicaux, vient d'adresser aux présidents et secrétaires des sociétés locales le questionnaire suivant :

Première question. — Existe-t-il dans le rayon de la Société un ou plusieurs syndicats médicaux ?

Deuxième question. — Dans l'affirmative, faire connaître le siège de chaque syndicat et sa circonscription, et indiquer notamment s'il comprend seulement une ou plusieurs communes, ou s'il s'étend soit à tout un arrondissement, soit même à tout un département.

Troisième question. — Indiquer, pour chaque syndicat existant, le nombre des membres et dire combien parmi ces derniers sont en même temps membres de l'Association générale.

Quatrième question. — Communiquer le texte imprimé des statuts de chacun des syndicats existants. Si les statuts ne sont pas imprimés, prière d'en adresser une copie manuscrite.

Cinquième question. — Faire connaître quel a été, jusqu'à la promulgation de la loi sur les syndicats, le mode de fonctionnement des syndicats médicaux existants et quels ont été les résultats constatés.

Sixième question. — Faire savoir si les syndicats existants ont accompli les formalités prescrites par l'article 4 de la loi pour qu'ils soient régulièrement constitués.

Septième question. — Dans le cas où les prescriptions de l'article 4 auraient été remplies, faire savoir si les syndicats ont eu occasion de faire officiellement usage des droits conférés par l'article 6, et de quelle manière.

Huitième question. — Faire savoir si, jusqu'à ce jour, la Société est restée étrangère aux syndicats de sa circonscription, ou si elle a établi des rapports avec eux.

Neuvième question. — Dans ce dernier cas, expliquer d'une manière précise et détaillée quelle a été la nature de ces rapports et quels ont été les résultats constatés

Dixième question. — Indiquer avec la même précision la nature des rapports que la Société serait désireuse de voir établir pour l'avenir entre elle et les syndicats de sa circonscription.

(1) Académie de médecine de Paris, 1877.

Congrès international d'hygiène et de démographie de la Haye. — Ce congrès, on s'en souvient, doit se tenir du 21 au 27 août prochain. Le comité d'organisation, dont le professeur von Overbeck de Meijer (d'Utrecht) est le secrétaire général, n'a rien négligé pour qu'il soit à la hauteur des quatre autres congrès internationaux d'hygiène qui l'ont précédé. Parmi les différentes indications du règlement général et du programme des travaux que nous venons de recevoir, nous reproduirons les suivantes :

MEMBRES.

Art. 3. — Comme membres du Congrès seront admis tous ceux qui se seront fait inscrire et auront versé une cotisation de 10 florins des Pays-Bas. Ils recevront un exemplaire du compte rendu des travaux de la session.

Cette cotisation sera versée par MM. les adhérents en même temps qu'ils enverront leur adhésion. Le secrétariat reçoit dès à présent ces adhésions (avec mention des titres et l'adresse aussi exacte que possible), afin d'être à même d'envoyer les publications du Congrès.

Les inscriptions seront aussi reçues dans les locaux du Congrès qui seront indiqués ultérieurement; le 20 août 1884 de dix heures du matin à midi, et de une heure à quatre heures du soir; le 21 août 1884 de neuf heures du matin à midi, et les autres jours (jusqu'au 28 août 1884) de huit à neuf heures du matin.

TRAVAUX.

Art. 4. — Les travaux du Congrès embrasseront l'hygiène individuelle, l'hygiène générale, la police sanitaire, la démographie et la statistique médicale.

Ils seront répartis entre cinq sections, savoir :

1re section : *Hygiène générale et internationale.* Prophylaxie des maladies infectieuses et contagieuses, etc.

2e section : *Hygiène des villes et des campagnes.* Assainissement. — Voies de communication; distribution des rues; pavage, etc. Approvisionnement d'eau. Evacuation des matières de rebut. Eclairage. Edifices publics : hôpitaux, hospices, prisons, bains, etc. Drainage. Irrigation. Déboisement, etc. — Moyens publics de transport; chemins de fer, etc. — Inhumation et cimetières. Crémation.

3e section : *Hygiène individuelle.* Acclimatement; acclimatation. — Alimentation. Vêtements. Habitations. Education; enseignement, gymnastique, etc. — Enfants trouvés. Orphelins.

4e section : *Hygiène professionnelle.* — Economie sociale. Etablissements insalubres. Accidents professionnels.

Maisons et cités ouvrières. Garnis. Crèches, etc. — Hygiène navale. — Hygiène militaire.

5e section : *Démographie.*

Art. 5. — Un certain nombre de sujets de discussion dans les sections seront choisis par le comité d'organisation du Congrès, et ce comité invitera à les traiter les savants qui lui sembleront préparés à cette tâche par leurs travaux antérieurs. L'exposé de chaque question se terminera par un résumé qui servira de base à la discussion et qui sera communiqué d'avance aux membres du Congrès.

Art. 6. — Chaque section du Congrès disposera du temps qui lui restera pour recevoir des communications en dehors du programme officiel. Cependant, les membres qui désireront profiter de cette occasion devront en donner connaissance au Comité avant le 1er juillet 1884. Le Comité décidera de l'opportunité des communications et de l'ordre suivant lequel elles seront faites.

Art. 7. — Le Comité d'organisation du Congrès invitera un certain nombre de savants à vouloir bien traiter des questions d'intérêt général en assemblée générale. Ces conférences ne seront pas suivies de discussions, mais celles-ci pourront être renvoyées à l'une des sections du Congrès.

Art. 8. — Bien que la langue française soit celle dans laquelle seront conduites les séances, les membres seront également admis

à s'exprimer en d'autres langues; lorsque le désir en sera exprimé, les communications ainsi faites seront résumées en français par l'un des membres présents à la réunion.

Les programmes et les conclusions des rapports seront publiés en français et en allemand.

Art. 14.—Tous les travaux lus et toutes les communications faites au Congrès seront immédiatement remis par écrit aux secrétaires; de même chaque orateur qui prendra part à la discussion déposera aussitôt après un résumé de son discours au bureau. Le Comité d'organisation qui reprendra ses fonctions après la session pour procéder à la publication des actes du Congrès, décidera de l'insertion partielle ou totale, ou de la non-insertion, dans le compte rendu.

PROGRAMME PROVISOIRE DES TRAVAUX.

Séances générales.

Jeudi, 21 août 1884. — Discours d'ouverture. — Rapport du jury nommé pour l'adjudication du prix de 2,000 francs fondé par la Société « for the prevention of blindness » (de Londres), à l'auteur du meilleur mémoire écrit en allemand, anglais, français ou italien, sur « les causes de la cécité et les moyens pratiques de la prévenir ».

Vendredi, 22 août 1884. — Conférences :

1o M. L. Pasteur (de Paris): L'atténuation des virus.

2o M. H. Pacchiotti (de Turin) : L'hygiène publique à présent et à l'avenir.

Samedi, 23 août 1884. — Conférences :

1o M. Finkelnburg (de Bonn) . Les applications pratiques des progrès récents de la doctrine des virus à l'hygiène publique.

2o M. Jules Rochard (de Paris) : La valeur économique de la vie humaine et sa comptabilité.

Dimanche, 24 août 1884. — Une excursion à Rotterdam, Fyenoord, etc.

Lundi, 25 août 1884. — Conférences :

1o M. Stephen Smith (de New-York) : Le service sanitaire maritime des Etats-Unis de l'Amérique du Nord.

2o M. E.-J. Marey (de Paris) : Les forces utiles dans la locomotion.

Mardi, 26 août 1884. — Conférences.

1o M. W.-H. Corfield (de Londres) : La science l'ennemie de la maladie.

2o M. Emile Trélat (de Paris) : Régime de la *température* de la maison et de *l'air* qu'on y respire.

Mercredi, 27 août 1884. — 1o Conférence : M. J. Crocq (de Bruxelles) : Les eaux potables.

2o Choix du siège du sixième Congrès international d'hygiène et de démographie.

3o Discours de clôture.

TRAVAUX DES SECTIONS.

Parmi les auteurs ou rapporteurs inscrits pour les travaux des sections, nous citerons MM. Koch, Brouardel, Vallin, Armaingaud, Napias, Donders, Layet, Jacques Bertillon, Chervin, von Tienhoven, Kummer, Bodio, Ruijsch, Mme E. Bovellsfurge, etc.

— CONGRÈS PÉRIODIQUE INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES. — HUITIÈME SESSION. — COPENHAGUE. — Ce Congrès se tiendra, comme il a été déjà annoncé, du 10 au 16 août prochain, dans la capitale du Danemark, sous la présidence du professeur Panum. Le secrétaire général du Comité d'organisation, le professeur C. Lange, recevra jusqu'au 1er juillet l'indication des communications à faire dans les séances de sections. Il se met de même à la disposition des membres du Congrès qui voudront s'adresser à lui avant le 20 juillet pour s'assurer un logement.

Nous extrayons du règlement les articles suivants :

Art. 2. — Les médecins approuvés qui se seront fait inscrire et auront retiré leur carte d'inscription feront partie du Congrès comme membres ordinaires. D'autres savants, s'intéressant aux travaux du Congrès, pourront y être admis en qualité de membres extraordinaires.

Au moment de leur inscription, les membres du Congrès verseront une somme de 20 couronnes (27 fr. 80), en échange de laquelle ils recevront un exemplaire du compte rendu des travaux de la session.

On pourra se faire inscrire au bureau du Congrès (bâtiment de l'Université) le 9 août, de neuf à dix heures, le 10 août, de neuf à onze heures du matin, et les jours suivants, de huit à neuf heures du matin. On est également admis à se faire inscrire d'avance en envoyant sa cotisation au secrétaire général avec l'indication de ses noms, profession et domicile.

Art. 3. — Les travaux du Congrès auront un caractère exclusivement scientifique.

Art. 4. — Les travaux du Congrès seront répartis en quatorze sections. Au moment de leur inscription, MM. les membres indiqueront la section ou les sections dont ils désirent faire partie de préférence.

Art. 6. — Le Congrès se réunira tous les jours en sections et en séances générales.

Quelques réunions extraordinaires consacrées à des conférences sur des sujets d'un intérêt général auront lieu de huit heures à neuf heures et demie du soir.

Art. 7. — Les séances générales seront consacrées :

1° A des discussions sur l'œuvre et les intérêts du Congrès en général ;

2° A des discours et à des communications d'un intérêt général.

Art. 8. — Dans les sections, les questions et sujets déterminés par le Comité d'organisation seront exposés par des rapporteurs qui ont bien voulu accepter cette mission sur l'invitation du Comité.

Les conclusions des rapporteurs seront discutées conjointement avec les communications annoncées sur le même sujet ou des sujets connexes. En outre, des communications sur d'autres sujets, annoncées par des membres de la section et acceptées par le Comité d'organisation, pourront être mises en discussion, si le temps le permet. Le bureau de la section décidera de l'admission et du rang d'inscription à l'ordre du jour des propositions dont il s'agit.

Art. 9.— Les conférences à faire dans les séances générales ou dans les réunions extraordinaires du soir sont réservées aux membres qui y seront invités par le Comité d'organisation.

Art. 10. — Tous les travaux lus dans les séances générales ou dans les sections devront être déposés sur le bureau avant la levée de la séance. Le Comité d'organisation décidera de leur insertion totale ou partielle ou de leur élimination du compte rendu officiel.

Quant aux discussions, elles seront reproduites dans le compte rendu, à la condition que les membres qui y auront pris part remettent, avant la fin du jour, un résumé de leur discours à MM. les secrétaires.

Art. 11. — Le français, l'allemand et l'anglais sont les langues officielles du Congrès. Les règlements, programmes et résumés des rapports qui paraîtront avant l'ouverture de la session seront publiés en ces trois langues.

Les communications du Comité qui ne pourraient être faites dans les trois langues auront lieu en français.

Les conférences indiquées pour les séances générales sont les suivantes :

1° Sur la métaplasie. — Prof. docteur R. Virchow (de Berlin).

2o Microbes pathogènes et vaccins. — Prof. docteur L. Pasteur (de Paris).

3° Recherches internationales collectives des maladies. — Sir William Gull, Bart. de Londres, de la part du « Collective Investigation Committee » de la « British Medical Association ».

4o La production naturelle de la malaria et les assainissements des terrains malariques. — Prof. docteur Tommasi Crudeli (de Rome).

5° La diathèse néoplastique. — Prof. docteur Verneuil (de Paris).

6° Sur les recherches des rations alimentaires des hommes sains et malades, surtout dans les hôpitaux, les infirmeries et les prisons des différents pays. — Prof. docteur P.-L. Panum (de Copenhague).

Parmi les auteurs des communications prévues ou annoncées dans les différentes sections, nous relevons les noms suivants :

1. *Section d'anatomie* : MM. Ebner, Bizzozero, Ranvier, Retzius, Merkel, Morris, His, Cadiat, Kœlliker, Bland Sutton, Tourneux, etc.

2. *Section de physiologie* : MM. Norris, Hayem, Malassez, Otto, Dogiel, Heidenhain, Motto, Marey, François-Franck, Ranvier, Panum, etc.

3. *Section de pathologie générale et d'anatomie pathologique* : MM. Grancher, Chauveau, Weigert, Koch, Cornil, W. Gull, Friedlander, Roquemondane, Hannover, Bang, etc.

4. *Section de médecine* : MM. Austin Flint, Liebermeister, Bouchard, Lépine, Tommasi, Crudeli, Ewald, Ed. Bull, Leube, Buntzen, V. Budde, Landouzy, Barêty, Roussel, Maurice Dupont, etc.

5. *Section de chirurgie* : MM. Lister, Mosetig-Moorhof, Paul Bert, Esmarch, Ollier, Güssenbauer, Lucas-Championnière, Mollière, Ferrier, Mac-Ewen, Verneuil, Guyon, Bœckel, Rohn, etc.

6. *Section d'obstétrique et de gynécologie* : MM. Mikulicz, Thornton, Kœberlé, Lawson Tait, Ménière, Simpson, Müller, Eustache, Howitz, Martineau, Zambaco, Lasarewitsch, etc.

7. *Section d'ophthalmologie* : MM. B. Bull, Holmgren, Redard, Alf. Graefe, Ed. Meyer, de Wecker, Galezowski, Martin, Gayet, Spencer Watson, Gillet de Grandmont, etc.

8. *Section de pédiâtrie* : MM. Wahl, Sofus-Meyer, Rupprecht, Rauchfuss, Barlow, d'Espine, etc.

9. *Section de dermatologie et de syphilis* : MM. Alf. Fournier, Liebreich, Lewis, Neumann, Martineau, Jullien, Leloir, Kaposi, Bockhart, Unna, Barthélemy, Gouguenheim, etc.

10. *Section de psychiâtrie et de neurologie* : MM. Steenberg, Rohmell, Obersteiner, Pitres, Homen, Eulenburg, Charcot, Friedenreich, Müller, Chervin, Adamkiewicz, etc.

11. *Section de laryngologie* : MM. Salis Cohen, Gouguenheim, Schnitzler, Morell Mackenzie, Voltolioi, Lefferts, Fauvel, Lewin, etc., etc.

12. *Section d'otologie* : MM. Ladreit de Lacharrière, O.-B. Bull, Bresgen, Schwartze, Albert Robin, V. Bremer, Wreden, Lucae, Salomonsen, etc.

13. *Section d'hygiène et de médecine publique* : MM. Brouardel, A. Key, Fr. de Chaumont, C. Lehmann, Berlin, Levison, Makuna, Thérésopolis, etc.

14. *Section de médecine militaire* : MM. Esmarch, M. Curmal, Struhe, Mendœrfer, Laub, Michaëlis, J. Fayrer, etc.

On voit que la France sera dignement représentée par le nombre et l'autorité des confrères qui prendront une part active au Congrès. Voici, pour nos futurs voyageurs, un complément de renseignements qui pourra leur être utile :

De Paris on arrive à Copenhague en passant par Cologne, Hambourg en 36 heures (*viâ* Kiel, Korsœr, 6 heures sur mer) ou en 48 heures (*viâ* Fredericia, Nyborg, Korsœr, 2 heures sur mer).

En quittant Paris le 7 août à 10 h. 45 du soir, on sera donc à Copenhague le 9 août à 10 h. 30 du matin, par Kiel, ou à 10 h. 30 du soir, par Fredericia, Nyborg.

Le gouvernement danois et la Compagnie générale des bateaux à vapeur ont accordé aux membres du Congrès des billets de retour gratis de Copenhague jusqu'aux frontières du Danemark (Kiel, Fredericia).

A la station d'arrivée du chemin de fer Korsœr-Copenhague, il sera établi un bureau où MM. les membres sont engagés à s'adresser à leur arrivée à Copenhague pour des renseignements sur leurs logements. Pour toutes autres informations, s'adresser au bureau central du Congrès à l'Université, place Notre-Dame (Frue Plads).

— Les eaux de Bourbon-l'Archambault. — Certains journaux politiques ont répandu le bruit que les eaux de Bourbon-l'Archambault ont disparu et que les malades qui y arrivent sont obligés de se diriger ailleurs. Un de nos honorables confrères de cette station nous écrit pour nous prier de démentir ce bruit. Bourbon-l'Archambault, dit-il, subit en ce moment une transformation complète et les nouveaux travaux de captage des sources n'étant pas terminés pour le 15 mai, il a fallu remettre au 1ᵉʳ juin l'ouverture de la saison. Mais le débit des sources sera le même, sinon plus abondant qu'autrefois, et suffira dans tous les cas pour alimenter les trois établissements.

Des nouvelles plus récentes sont venues confirmer les prévisions de notre correspondant.

— M. le docteur Warlomont, directeur de l'Institut vaccinal de Belgique, enverra gratis à tout médecin, accoucheur, officier de santé, ou à toute accoucheuse de la France et de l'Algérie qui lui en fera la demande par lettre affranchie, accompagnée d'un timbre-poste de 25 centimes pour l'affranchissement de l'envoi, un tube d'*émulsion du vaccin animal* propre à la vaccination de deux personnes au moins.

R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie. — M. le docteur Amédée Blondeau, secrétaire de la rédaction du Progrès médical, a succombé le 29 mai, dans sa 37ᵉ année, à de graves complications de la goutte. Nous nous associons à tous les regrets que cette mort prématurée laisse dans la presse médicale, où M. Blondeau jouissait à juste titre de l'estime et de la sympathie générales.

— Les journaux allemands annoncent la mort de M. H. Friedberg, professeur de médecine à Breslau.

⁂

Faculté de médecine de Paris. — *Concours de l'adjuvat.* — Le concours de l'adjuvat vient de se terminer par la nomination de MM. Hallé, Clado, Hartmann et Vallin.

⁂

Hôpital du Midi. — *Conférences sur les maladies syphilitiques.* — M. le docteur Horteloup, chirurgien de l'hôpital du Midi, commencera ses conférences le dimanche 8 juin, à neuf heures du matin, et les continuera les dimanches suivants.

⁂

Bureau de bienfaisance. — Aux termes d'un arrêté du ministre de l'intérieur en date du 15 mars 1884, MM. les docteurs Toléano et Tisné sont nommés médecins du bureau de bienfaisance du VIIᵉ arrondissement de Paris.

⁂

Excursions botaniques. — M. le professeur Bureau fera une excursion botanique, du 8 au 11 juin 1884, dans les vallées de la Loire et du Cher, d'après le programme suivant :

Dimanche 8 juin. — Départ de Paris par la gare d'Orléans à 9 h. 10 du matin ; arrivée à Blois à une heure de l'après-midi. — Visite au musée d'histoire naturelle.

Lundi 9 juin. — Herborisation aux rochers Saint-Victor et dans la vallée de la Loire. — Coucher à Romorantin.

Mardi 10 juin. — Herborisation à Saint-Aignan, dans les bois de Belleroche.

Mercredi 11 juin. — Herborisation à travers la Sologne jusqu'à Salbris, où l'on prendra, à 7 h. 33 du soir, le train arrivant à Paris à minuit cinquante-six minutes.

Pour profiter de la réduction de prix demandée à la Compagnie des chemins de fer de Paris à Orléans, on devra se faire inscrire et verser le prix de la place (15 fr. 90 aller et retour) aux galeries de botanique du Muséum d'histoire naturelle de Paris.

***

Mlle Mercier, fille du regretté confrère qui a laissé un nom si distingué dans l'étude et la pratique des maladies des voies urinaires, épouse mardi prochain M. Gailhard, de l'Académie nationale de musique. On peut voir dans ce mariage comme une nouvelle expression de la sympathie qui a toujours régné entre la famille médicale et le monde des arts.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 23 AU JEUDI 29 MAI 1884.

Fièvre typhoïde 26. — Variole 2. — Rougeole 32. — Scarlatine 4. — Coqueluche 10. — Dipthérie, croup 55. — Dysentérie 0. — Erysipèle 4. — Infections puerpérales 5. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 65. — Phthisie pulmonaire 213. — Autres tuberculoses 11. — Autres affections générales 40 — Malformation et débilité des âges extrêmes 57. — Bronchite aiguë 22 — Pneumonie 77. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 41, — au sein et mixte 18. — Inconnu 5. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 95. — de l'appareil circulatoire 68. — de l'appareil respiratoire 67. — de l'appareil digestif 42 — de l'appareil génito-urinaire 23. — de la peau et du tissu lamineux 9. — des os, articulations et muscles 3. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 1. — Epuisement 0. — Causes non définies 2. — Morts violentes 33. — Causes non classées 2. — Total de la semaine : 1029 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

SCHÉMA DU DÉVELOPPEMENT DU PRODUIT DE LA CONCEPTION ET CALENDRIER DE LA GROSSESSE, par le docteur A. Lacassagne, professeur de médecine légale à la Faculté de Lyon. Imprimé sur papier-carte, des deux côtés, en couleurs variées, format de poche pour portefeuille, avec coins arrondis dorés, renfermé dans une enveloppe imprimée donnant la désignation ci-dessus énoncée. Indispensable à tous les médecins accoucheurs, sages-femmes et médecins légistes, etc., etc. — Prix : 50 centimes. — Paris, librairie médicale Jacques Lechevalier, 23, rue Racine.

LES EAUX DE MER THERMALES DE SALINS-MOUTIERS (Savoie). Deuxième édition revue et augmentée, par le docteur C. Laissus, médecin inspecteur des eaux de Salins-Moutiers. — Imprimerie et librairie F. Ducloz, Grande-Rue et rue Cardinal, à Moutiers.

RECHERCHES SUR LES SOLANUM DES ANCIENS, par le docteur Imbert-Gourbeyre, professeur à l'École de médecine de Clermont-Ferrand. In-8 de 136 pages. — Prix : 3 fr. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.



55e année. 7e série. Tome Ier. N° 24 14 JUIN 1884

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr F. de RANSE;
Membres : MM. les Drs J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN;
Secrétaire : M. le Dr E. RICKLIN.

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

CHIRURGIE PRATIQUE

DES ÉPANCHEMENTS SANGUINS TRAUMATIQUES DE LA PLÈVRE.

Les plaies pénétrantes de poitrine sont d'une observation fréquente dans les services d'hôpitaux; les coups de couteaux, les plaies par balles de revolver, dans les tentatives de suicide ou d'homicide, en sont une cause ordinaire.

Les fractures de côtes, sans plaie extérieure, dans bon nombre de cas, labourent et déchirent le poumon, donnant lieu aux mêmes phénomènes que les plaies pénétrantes proprement dites. De ces accidents, la conséquence la plus fréquente est l'hémorrhagie venant du poumon et se déversant dans la cavité pleurale; si celle-ci n'est pas à l'avance oblitérée ou cloisonnée par des adhérences anciennes, elle offre à l'épanchement sanguin un réservoir tout préparé dont la capacité peut s'accroître d'une manière presque indéfinie par le refoulement du poumon et des organes voisins et par la distension de la paroi thoracique elle-même.

Le plus souvent, ce foyer sanguin intra-pleural ne se trouve pas longtemps en communication avec l'air extérieur; s'il s'agit d'une fracture de côtes sans plaie, l'air ne peut venir que des bronches blessées, en général rapidement oblitérées par un caillot. Dans le cas de plaie de poitrine, soit par un instrument tranchant, soit par un petit projectile, l'obliquité fréquente de la plaie, le mode de traitement généralement employé, à savoir l'occlusion aussi rigoureuse que possible de la solution de continuité, ne permettent guère l'introduction de l'air extérieur. Celle-ci du reste est définitivement prévenue au bout de très peu de jours par la cicatrisation de la plaie et l'oblitération du trajet. A moins de circonstances exceptionnelles, on se trouvera donc en cas ordinaire en présence d'un épanchement sanguin de poitrine, quelquefois compliqué d'un pneumothorax pendant les premiers jours, le plus souvent dégagé de cette complication. Celle-ci du reste ne prend d'importance que si l'épanchement gazeux par son abondance refoule de plus en plus le poumon et empêche son fonctionnement, ou si par la persistance de sa communication avec l'extérieur il peut apporter dans la plèvre des germes d'infection rapide.

Un épanchement gazeux peu abondant et sans communication extérieure ne complique guère un épanchement sanguin de la plèvre et n'en modifie pas sensiblement le pronostic. En tout cas, dans ces conditions, si le blessé ne présente pas d'autre part des causes d'inflammation et de production de fièvre, l'épanchement sanguin pleural soustrait aux influences nocives de l'air extérieur, peut ne manifester de prime abord aucune tendance à la suppuration.

Toute l'évolution ultérieure de l'affection est liée à la quantité de l'épanchement pleural. Ici plus qu'ailleurs, la blessure d'un gros vaisseau entraîne des accidents rapides; la facilité de l'hémorrhagie dans une cavité toute préparée, l'impossibilité de l'intervention, la suppression brusque d'une moitié du champ respiratoire, donnent une explication facile des accidents.

FEUILLETON

REVUE MÉDICO-LITTÉRAIRE.

Suite et fin. — Voir les numéros 8, 17 et 19.

Examinant et critiquant les prétentions de la plupart des physiologistes et de beaucoup trop de médecins, M. Netter (1) réduit à leur juste valeur les assertions ou les négations de tous ceux qui prennent pour démontrés les produits de leur imagination ou qui nient avec une téméraire audace non seulement ce qu'ils ne comprennent pas, mais aussi ce qu'ils n'ont jamais étudié. Considérez avec calme telle négation hardie d'un médecin qui passe pour novateur et qui se pose en chef d'école, vous y trouverez souvent une ignorance à peu près complète des questions qu'il est censé avoir le mieux étudiées, puisqu'il les juge avec aplomb. Il se rit des *philosophes*, et il n'a pas la moindre connaissance de la vraie philosophie.

Dans une série de chapitres tous fort intéressants parce qu'ils fourmillent de documents puisés de tous côtés, M. Netter a cherché à expliquer ou à réfuter les interprétations données par les observateurs à tels ou tels actes d'animaux, actes qualifiés fréquemment d'intelligents alors qu'ils ne sont qu'instinctifs. Nous avons en effet par trop la tendance à admirer chez les animaux et à reporter à certaines facultés supérieures des actes dans lesquels c'est notre intelligence qui a joué le principal rôle (1).

On accuse souvent l'homme de s'enorgueillir en se prétendant totalement différent des animaux. Mais dans les animaux domes-

(1) *L'Homme et l'Animal devant la méthode expérimentale*, par le docteur A. Netter, avec une *Étude sur les pratiques de dressage considérées comme faits expérimentaux*, par M. F. Musany (de la FRANCE CHEVALINE), 1 vol. in-18 de XLIII-381 pages. Paris, E. Dentu, 1883.

(1) Cf. un travail très intéressant d'ailleurs d'un naturaliste allemand, M. J. Fischer, sur *l'Intelligence du singe* (REVUE DES SCIENCES NATURELLES et REVUE SCIENTIFIQUE du 17 mai).

Sur 98 cas de plaies pénétrantes de poitrine compliquées d'hémothorax, réunies par MM. Nélaton et Lesdos (1) dans leurs thèses, 44 fois, c'est-à-dire dans presque la moitié, la mort survint par une hémorrhagie très abondante provenant de la blessure d'un gros vaisseau.

Ne s'agit-il au contraire que d'un petit épanchement? A peine donnera-t-il lien à la présence et à la constatation des signes; il s'efface devant la gêne et la douleur de la fracture de côtes ou devant les signes plus nets et plus faciles à constater de la plaie thoracique. Un peu de matité à la base, un peu de faiblesse du murmure vésiculaire au même point, une très légère élévation de la température et ce sera tout.

Nous ne visons pas ici ces deux variétés d'épanchement sanguin pleural, ni la grosse hémorrhagie qui tue rapidement par son abondance et contre laquelle nous ne savons pas intervenir, ni la petite collection du cul-de-sac pleural, qui n'a pas besoin d'intervention. Mais entre ces deux degrés se place un épanchement de quantité *moyenne*, facilement appréciable et capable de donner lieu à des accidents et à des indications. Cet épanchement composé d'un 1/2 litre, de 3/4 litre, d'un litre de liquide au début, peut rapidement devenir un *grand* épanchement; l'apparition des phénomènes inflammatoires ajoute au sang primitivement épanché une grande quantité de sérosité, et tel épanchement sanguin, d'abord très modéré, devient le point de départ d'accidents rapidement graves.

Nous ne saurions dire en pareil cas quelle est la quantité de sang primitivement épanché; jamais, et avec raison, l'évacuation du foyer sanguin pleural n'a été faite assez près du début des accidents pour que la quantité de liquide n'ait pas été modifiée par la sécrétion de la plèvre.

Dans cette variété, le tableau clinique se présente sous deux aspects: ou très rapidement le malade est pris d'une dyspnée excessive, avec menace d'asphyxie, pâleur cyanotique, tendance au refroidissement; ou, au contraire, il présente les phénomènes réactionnels fébriles de la pleurésie aiguë. Cette dernière forme, moins grave, abandonnée à elle-même, guérit très lentement; la résorption du liquide se fait longtemps attendre et le malade se trouve soumis à tous les inconvénients d'un épanchement pleural prolongé et lentement résorbé (1).

Dans ces formes moyennes d'épanchement sanguin de la plèvre, non suppuré et n'ayant pas tendance à la suppuration, formes dont je m'occupe spécialement ici, je crois l'intervention commandée. Elle nous est imposée dans les cas d'asphyxie aiguë et menaçante où le poumon, surpris par une inondation rapide, est brusquement supprimé dans sa fonction chez un sujet que vient déjà d'épuiser une abondante hémorrhagie. Je rapporte un nouveau fait inédit à l'appui de cette indication.

La même conduite nous est imposée encore par la connaissance des faits observés et l'évolution naturelle de l'affection dans les cas où l'on invoque la *guérison spontanée*. En me reportant aux statistiques fournies par les auteurs précités (Nélaton, Lesdos), on trouve que sur 22 cas terminés *spontanément* par la guérison, 5 fois le liquide s'est écoulé par la plaie et les accidents ont diminué à mesure que l'évacuation se produisait, que 6 fois la guérison a succédé à l'évacuation du foyer sanguin par les bronches. On y trouve encore que dans 8 cas la guérison survint 7 fois chez des malades où l'on put évacuer le liquide par la position ou en maintenant l'orifice de la blessure dilaté ou en introduisant des sondes creuses dans la plèvre.

Dans ces cas d'évacuation spontanée par la plaie ou les bronches, la nature — qui fait quelquefois bien, plus souvent mal — ne nous montre-t-elle pas la voie à suivre? Ces chirurgiens mal armés qui ne pouvaient donner mieux au malade qu'une position favorable pour l'écoulement du liquide ou lui introduire une tente ou une canule ne remplissaient-ils pas tant bien que mal l'indication? Mais aujourd'hui nous pouvons remplir celle-ci d'une manière beaucoup meilleure et avec tous les perfectionnements actuels. L'évacuation spontanée par la plaie est dangereuse et expose à tous les accidents septiques; elle risque fort de transformer l'épanchement sanguin en épanchement purulent; l'issue par les bronches est incertaine et ne s'est toujours produite qu'après des accidents fort graves. Enfin, dans nombre de cas, il n'y aura aucune tendance à cette

(1) Nélaton, Thèse de Paris, 1880.
Lesdos, Thèse de Paris, 1882.

(1) Je laisse de côté les accidents de transformation purulente qui présentent une allure toute différente et des indications thérapeutiques spéciales.

tiques ne doit-on pas plutôt voir les effets de notre propre intelligence produisant des résultats dont tout le mérite nous revient? C'est ce qui ressort de l'excellente étude de M. F. Musany insérée dans le livre de M. Netter, et relative aux pratiques de dressage des animaux et spécialement des chevaux.

Jusqu'ici ce qu'on appelle le darwinisme n'avait jamais été critiqué et combattu aussi sérieusement, je dirai même victorieusement, sur un grand nombre de points, que dans le livre si étudié, si rempli de faits et si amoureusement écrit de M Netter.

Dans un siècle où non seulement la connaissance, mais même le sentiment de la philosophie, dans la portée scientifique du mot, sont si rares chez les médecins, on est donc heureux de se trouver en face d'un pareil travail.

Ici les observations fournies en masse par la physiologie expérimentale sont appréciées par un homme qui les a suivies ou analysées avec intérêt, et elles sont mises en regard des recherches les plus approfondies de la psychologie contemporaine. Toute la philosophie des philosophes n'est pas de la métaphysique, comme semblent le prétendre avec un certain air de mépris les disciples de l'élucubration fantaisiste d'Auguste Comte, élucubration affublée, comme d'un manteau, du titre solennel de système philosophique, manteau d'emprunt s'il en fut.

M. Netter préfère le cartésianisme, bien qu'il ne pousse pas aussi loin que Descartes le système de l'automatisme. Dans mainte page, l'érudit bibliothécaire de la Faculté de Nancy plaide la cause de la philosophie comme ensemble de connaissances distinctes de la physiologie qui trop souvent voudrait absorber en elle la science de l'homme considéré comme être conscient.

M. Netter a fait là une œuvre de grande valeur qui fournira aux philosophes bien des documents qu'ils ont besoin de connaître et qui enseignera aux physiologistes à se surveiller. Ils y apprendront à rester sur le terrain solide des faits bien observés et à ne pas s'égarer dans des terrains qu'ils connaissent peu ou mal, dans les terrains situés en dehors de leur domaine légitime.

Œuvre de critique autant qu'œuvre de science, on relira avec plaisir l'introduction de cet ouvrage (1) dans lequel je signalerai

(1) Il a été rendu compte ici même (V. la GAZETTE MÉDICALE, 1882, p. 587) de cette introduction qui avait paru à part, avant le livre que nous venons d'apprécier.

terminaison, d'abord parce que la plaie extérieure manque souvent comme dans la fracture de côtes, ensuite parce que la perforation bronchique est exceptionnelle.

Contre cette forme d'hémothorax, non suppuré, dangereux par son abondance ou dangereux par la lenteur de sa résorption, rien ne me paraît supérieur à l'évacuation du liquide par *la ponction avec aspiration*.

Je n'ai pas besoin de dire que cette ponction sera faite avec toutes les précautions actuelles, que l'instrument sera parfaitement propre et aseptique, que la paroi thoracique sera lavée et phéniquée, que l'aspiration sera lente et graduelle, et que la petite plaie du trocart aspirateur sera soigneusement fermée après un dernier lavage.

Dans 6 cas venus à ma connaissance (5 cités dans la thèse de M. Lesdos (1) et dont un m'est personnel), la guérison est survenue avec une simplicité et une rapidité extrêmes chez des malades où la situation était des plus graves et deux fois semblait désespérée.

J'ai rapporté l'un de ces faits à cette même place (GAZETTE MÉDICALE, octobre 1881) et je ne le rappelle qu'en peu de mots. Il s'agissait d'un jeune garçon de dix-sept ans, ayant fait une chute d'un troisième étage et présentant, avec l'ensemble symptomatique d'une hémorrhagie interne abondante, les signes d'un hémo-pneumo-thorax traumatique droit. Trois jours après l'entrée, le malade, ayant échappé aux graves accidents du collapsus des premières heures, présente une respiration courte, anxieuse, une teinte cyanique, des battements du cœur précipités et petits, une perte absolue de connaissance, une température axillaire de 39°5. Les signes de l'hydro-pneumo-thorax sont comme au moment de l'entrée.

Le danger d'asphyxie étant pressant, on pratique la ponction avec aspiration dans le septième espace intercostal, en arrière de la ligne axillaire, en pleine matité, et on retire un litre de liquide sanguinolent noir, sans chercher à épuiser complètement la cavité pleurale.

Deux jours après, le blessé pouvait être considéré comme guéri; il y avait une chute brusque de la température, la respiration était facile, la connaissance revenait et l'amélioration se déclarait rapidement.

Le deuxième cas encore inédit est tout à fait semblable : un malade atteint d'une fracture par coup de pied de cheval de la huitième et de la neuvième côtes droites est apporté salle Saint-Pierre, à l'hôpital Necker, six jours après son accident. Il est pour ainsi dire mourant; la respiration est petite et précipitée, les battements du cœur sont faibles et saccadés, la face est pâle et plombée, les extrémités sont refroidies et cyaniques. Il y a en même temps une petite toux quinteuse, accompagnée d'une expectoration épaisse, abondante, mais non sanglante.

Une large ecchymose occupe toute la région thoracique postérieure et latérale, depuis l'angle inférieur de l'omoplate jusqu'à la région lombaire.

L'examen de la poitrine fait reconnaître un épanchement abondant occupant les deux tiers de la cavité pleurale droite et des râles nombreux de congestion pulmonaire au sommet du poumon droit et dans toute l'étendue du poumon gauche.

Une thoracentèse d'urgence est pratiquée et on retire *deux litres et demi* d'un liquide sanglant et spumeux.

Ce fut une véritable résurrection; ce malade que je m'attendais à trouver mort à la visite du lendemain guérit avec une rapidité extrême et ne présenta aucune complication.

Je ferai remarquer en terminant que dans ces cas d'hémothorax traumatique, traités ou non par la ponction, l'examen de la poitrine révèle pendant très longtemps à la percussion de la base une zone de matité qui persiste alors même que les malades peuvent être considérés comme parfaitement guéris. Je suis disposé à croire que cette matité persistante est due au coagulum sanguin resté dans le cul-de-sac pleural et dont la résolution définitive demande un très long temps pour s'effectuer.

G. BOUILLY.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

LARGE ANTHRAX DE LA RÉGION DORSALE. — FUSÉE PURULENTE DANS LE CANAL RACHIDIEN ET INFECTION PURULENTE. — MORT, par L. MONNIER, interne des hôpitaux.

Parmi les complications heureusement rares de l'anthrax, il n'en est pas de plus grave que l'infection purulente, accom-

(1) *Contribution à l'étude de l'hémothorax d'origine traumatique*. Paris, 1882.

encore aux curieux un chapitre supplémentaire des plus intéressants sur les Bêtes dans les Fables de La Fontaine.

***

J'ai là une petite brochure intitulée : *Les bains publics à Rome* (1). N'allez pas y chercher des documents originaux ou inédits sur la question indiquée par le titre. Ce n'est qu'une simple conférence faite par le docteur Eugène Verrier, qui ajoute aujourd'hui à sa signature les mots : (de Provins). Comme dans toute conférence faite devant un public mêlé, on n'a pu qu'effleurer le sujet et non s'y plonger *in medias res*. Aussi trouverez-vous à côté de citations incomplètes d'Horace, de Pline, de Cicéron, surtout de Suétone, de Juvénal et de Martial, à côté de certaines descriptions un peu épicées mais peut-être permises à un accoucheur, des allusions anti-opportunistes d'un goût douteux à la baignoire de Gambetta et jusqu'à une anecdote scabreuse sur Napoléon III à Biarritz. Le tout agrémenté de prétentions à un puritanisme républicain que l'on admirerait peut-être si on n'apercevait trop souvent le désir, bien naturel d'ailleurs chez un conférencier, de provoquer quelques applaudissements au milieu de son auditoire.

***

Dans un récit lestement enlevé, M. le docteur Aurillac a raconté (1) les péripéties du naufrage d'un grand vaisseau à vapeur, « le *Weser* », dans les mers de Cochinchine en 1861. Le *Weser* avait échoué sur un banc de sable à 30 milles au sud-ouest du cap Saint-Jacques, à 12 milles environ de la terre. Il était chargé de troupes fraîches (400 marins) et de divers objets d'approvisionnement que l'on apportait de Suez; on pratiqua d'abord le sauvetage des 400 hommes, qui furent déposés à Saïgon. La presque totalité de l'équipage, dont faisait partie le narrateur du naufrage, resta à son poste. Ce ne fut que quatre jours plus tard que le sauvetage fut achevé. A ce moment, le *Weser* était plus qu'aux trois quarts coulé; et le pavillon français, seul au grand mât, restait au

(1) Broch. in-8 de 12 pages. Paris, Lauwereyns, 1882.

(1) *Le naufrage du Weser, épisode maritime de la grande expédition de Chine*, 1 vol. in-18 de 96 pages. Vichy, imprimerie Wallon, 1883.

pagnée ou non de fusées de pus s'étendant plus ou moins loin en largeur ou en profondeur, et, dans ce dernier cas, étant latentes on ne donnant lieu qu'à des symptômes obscurs.

L'infection purulente est l'apanage des anthrax de la face, mais non l'apanage exclusif; il partage ce triste privilège avec ceux de la région rachidienne, comme le prouve l'observation que nous allons rapporter. C'est qu'en effet au rachis comme à la face il existe un système veineux fort riche. C'est le système des veines extra-rachidiennes postérieures, qui communique, par de multiples anastomoses, avec le système intra-rachidien.

Dans le cas qui nous occupe, c'est ce trajet qu'a suivi le pus pour faire irruption dans le canal rachidien.

Voici d'ailleurs ce fait présenté aussi succinctement que possible :

Le nommé Bosseret, âgé de soixante-treize ans, entre, le 21 février 1882, à l'infirmerie de l'hospice d'Ivry, salle des hommes, n° 13, service de M. Charles Monod.

C'est un vieillard usé et décrépit, répondant assez mal aux questions.

Convalescent d'une pneumonie, il a commencé à souffrir de la région dorsale il y a trois jours (?); une fièvre violente est survenue et il a dû entrer à l'infirmerie où nous le trouvons dans l'état suivant :

Sur la région dorsale, à 14 centimètres de la proéminence, commence une vaste tumeur rouge sombre, semée de nombreux pertuis à fonds bourbillonneux.

Au centre, elle proémine de 5 à 6 centimètres environ ; sur les bords, elle se continue en pente douce avec les tissus voisins, parfaitement sains du reste. Le tout forme une sorte de gâteau presque circulaire, d'un diamètre qui varie de 16 à 17 centimètres. Ferme d'une façon générale, il est ramolli en certains points.

La palpation est modérément douloureuse.

L'état général ne se ressent pas beaucoup de la gravité de l'état local ; le malade est un peu abattu ; le visage n'est nullement typhoïque ; la fièvre est peu intense ; seul, le pouls est petit et bat à 120 pulsations.

Le poumon présente du souffle au sommet gauche.

Quant aux urines, elles ne contiennent ni sucre ni albumine.

Séance tenante, nous pratiquons une large et profonde incision cruciale ; elle donne issue au contenu habituel de l'anthrax.

Un pansement Lister est appliqué,

Traitement tonique.

24 février. — L'incision a produit d'heureux effets : la fièvre est tombée, la douleur a diminué, l'appétit est revenu.

La marche envahissante de la tumeur est enrayée.

L'élimination de la matière bourbillonneuse ne se fait toutefois que lentement ; aussi M. Monod passe-t-il le bistouri sous les quatre lambeaux, horizontalement.

Même pansement.

2 mars. — Du 22 au 28 février, l'amélioration a persisté, quoiqu'il y eût une exacerbation fébrile le soir ; mais le 28 sont survenus de la diarrhée et un vomissement.

La diarrhée seule persistait quand, hier, dans la soirée, a éclaté un frisson violent, mais court, de cinq minutes environ.

Ce matin, l'état est grave ; le malade ne peut se tenir assis, par suite de l'adynamie et surtout par suite de douleurs lombaires très vives.

Le pouls bat à 120, mais la température est à 37°,4. La respiration est anxieuse, quoique l'auscultation ne révèle qu'un peu de congestion pulmonaire. De pénibles épreintes tourmentent le pauvre patient souillé par l'urine qu'il ne peut retenir.

Dans la soirée, la température monte à 39°,4 ; les épreintes deviennent plus fréquentes et on constate une parésie manifeste des membres inférieurs. Enfin le malade succombe le 3 mars dans le coma et avec une température très élevée.

Autopsie pratiquée trente heures après la mort. Rien à noter du côté du cœur, des artères, de l'appareil digestif et de l'encéphale ; pas plus que des grandes articulations. Par contre, nous trouvons quelques gouttelettes de pus sur le bord antérieur du poumon gauche, adhérent en ce point à la plèvre pariétale, et quatre petits abcès métastatiques (ils en ont tous les caractères) dont 1 à la base du poumon droit et 3 sur son bord postérieur.

Le rein gauche possède quatre à cinq abcès métastatiques, miliaires, et le gauche six à sept, dont deux atteignent les dimensions d'une lentille.

La vessie contient 150 à 200 grammes d'urine purulente.

Les lobes latéraux de la prostate contiennent quatre abcès miliaires.

En incisant les muscles des gouttières vertébrales sous-jacents à l'anthrax, nous ne constatons aucune fusée purulente, hormis au niveau du sixième espace intercostal gauche, où l'on aperçoit une petite traînée grisâtre, et là une coupe horizontale laisse voir une veine volumineuse, béante, qui semble baigner dans du pus et en contenir.

Le canal rachidien est alors ouvert et la moelle entourée de ses enveloppes apparaît au milieu d'une collection purulente. Celle-ci atteint son plus grand volume au niveau du trou de conjugaison correspondant : elle s'étend en haut et en bas sur une longueur

---

milieu de l'Océan. On lira avec intérêt cette narration, car l'intérêt s'impose en quelque sorte quand l'auteur du récit peut dire :

Quod vidi, scripsi.

* * *

En qualité de président de l'Académie des sciences, arts et belles-lettres de Besançon, M. le docteur Druhen aîné (1), professeur à l'École de médecine de cette ville, a eu à prononcer en 1883 deux discours littéraires.

Le premier a pour sujet : De la médecine au temps de Mme de Sévigné. M. Druhen a condensé là en peu de pages les résultats d'un travail que l'on ne saurait qualifier de pénible, puisqu'il avait pour principal objet la lecture répétée des lettres de Mme de Sévigné, qui n'a jamais passé pour une personne ennuyeuse. Mais enfin il y avait grand mérite à savoir choisir et à bien mettre en œuvre tout ce qui, dans le vaste recueil de la délicieuse épistolière, se rapporte à la médecine et aux médecins. Cependant, si M. Druhen avait eu sous les yeux le travail si complet que Prosper Ménière avait jadis publié à cette place (1), dans la GAZETTE MÉDICALE, sur le même sujet, peut-être aurait-il eu moins de peine à recueillir les matériaux de son étude, moins de peine sans doute, mais aussi il aurait eu moins de plaisir. Quoi qu'il en soit, empruntons à M. Druhen un passage relatif à l'exercice illégal de la médecine (*Nil sub sole novi !*) :

« Parmi les religieux qui étaient en possession de la vogue, les capucins de la Bretagne tenaient le premier rang ; Mme de Sévigné en usa pour elle-même et, en différents endroits de ses lettres, elle en fait le plus grand éloge.

« Ils jouissaient d'une telle renommée que le gouverneur de la Bretagne, nommé à un poste d'ambassadeur, s'attacha l'un d'eux comme médecin.

(1) *De la médecine au temps de Mme de Sévigné ; du théâtre à Besançon*, brochure in-8 de 32 pages. Besançon, imprimerie Dodivers, 1883.

(1) Voir dans la GAZETTE MÉDICALE, année 1862, les Feuilletons intitulés : *Consultations médico-littéraires sur les lettres de Mme de Sévigné.*

de cinq à six centimètres; toutefois elle ne paraît pas comprimer la moelle qui ne semble du reste nullement enflammée.

Le cul-de-sac arachnoïdien inférieur est rempli de liquide séreux.

RÉFLEXIONS. — Voici donc une double complication assez rare d'un anthrax de la région rachidienne, infection purulente et fusée purulente dans le canal rachidien. Le professeur Broca a cité un cas d'anthrax de la nuque ayant ouvert ce canal (1). Ici ce n'est pas exactement le même processus. Le temps nous a manqué pour disséquer minutieusement le trajet de la fusée purulente, mais elle nous a paru suivre le trajet de la veine établissant en ce point la communication entre les deux systèmes extra-rachidien postérieur et intra-rachidien. C'est autour d'elle que le pus a fusé dans le canal, c'est par elle qu'il a pénétré dans l'organisme. La fusée dans le canal rachidien explique, par irritation de la moelle, le ténesme rectal et les épreintes, puis l'incontinence d'urine; le passage dans l'organisme rend compte des foyers métastatiques.

Nous avons dit au début de cette note que l'infection purulente était chose rare. Nous avons en effet en vain parcouru classiques, dictionnaires et recueils périodiques. Tous sont muets à ce sujet ou tout au plus se bornent à indiquer sa possibilité; le nombre de cas et les circonstances concomitantes sont passés sous silence. Puisse ce fait servir à en faire l'histoire.

(1) Communication orale entendue pendant notre année d'externat chez cet excellent maître, en 1879.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

DES INHALATIONS MÉDICAMENTEUSES.

Il faudrait remonter loin dans l'histoire de la médecine pour trouver la première mention de la méthode de traitement par les inhalations ou fumigations. Ce devait être en effet une idée toute naturelle que d'appliquer à la thérapeutique des diverses affections des voies respiratoires une sorte de médication locale, qui permettait, avec l'expulsion des produits viciés, la restauration de la muqueuse enflammée. On s'adressa tout d'abord aux fumigations balsamiques; cette médication, fort employée par les anciens, a été délaissée; puis peu à peu on y revient et la vogue prodigieuse des cures hydro-minérales contribue à en assurer le succès. La découverte du bacille tuberculeux est venue donner à cette question un regain d'actualité. Sans entrer dans des discussions doctrinales qui n'ont rien à faire avec notre sujet, on doit se demander si le traitement de la phtisie ne peut pas s'adresser à sa cause immédiate, vraie ou supposée. La présence du bacille dans les voies aériennes, anfractuosités du larynx, canaux bronchiques ou alvéoles pulmonaires, sa constatation bien nette, la relation intime de ce microbe avec les lésions tuberculeuses et l'évolution de la consomption phtisiogène, indiquent que, pour lutter efficacement contre l'envahissement, il faut s'efforcer d'agir directement sur la vitalité même de cet agent infectieux.

Bien des tentatives ont été faites à diverses époques pour le traitement des voies respiratoires par cette méthode. Nous ne remonterons pas trop loin dans l'historique de cette question.

Disons seulement que Martin Solon publiait en 1834, dans la GAZETTE MÉDICALE, un travail important sur l'atmiatrie pulmonaire, dans lequel il établissait que les inhalations de matières médicamenteuses constituaient le vrai moyen de guérir la phtisie. Les substances qu'il employait étaient cependant plutôt destinées à agir comme calmants que comme curatifs: il essayait en effet les fumigations chlorurées, d'iode, les fumigations balsamiques avec les teintures de tolu et de benjoin. On emploie aujourd'hui, sans distinction spéciale, ces deux expressions: «inhalation et fumigation», réservées jadis pour indiquer: la première, si les vapeurs sont sèches; la seconde si elles sont humides.

Sales-Giron a été un des plus ardents promoteurs de cette médication; en 1845, il publiait les résultats obtenus par les inhalations de goudron chez les phtisiques par le séjour dans une atmosphère résineuse. Chacun du reste visait au traitement, non plus seulement de la phtisie, mais de telle ou telle maladie spéciale. Magistel employait les narcotiques en inhalations contre l'asthme, la coqueluche, comme on devait plus tard essayer les inspirations de vapeurs des chambres de condensation des usines à gaz. Bretonneau essayait les inhalations de chlore dans la diphtérie. Breton employait l'iode dans la phtisie; Delioux, de Savignac, les fumigations d'encens dans les bronchites et laryngites chroniques, dans la pharyn-

---

« Les carmélites partageaient aussi la faveur publique avec les capucins, mais elles eurent un jour à le regretter. La jeune Mlle Marie-Louise d'Orléans, devenue plus tard reine d'Espagne, étant allée les consulter pour des accès de fièvre, celles-ci lui firent prendre un breuvage qui produisit des effets violents. Louis XIV, l'ayant appris, s'écria dans un accès de mécontentement: « Ah, ce sont les carmélites! Je savais bien qu'elles étaient des friponnes, des intrigantes, des ravaudeuses, des brodeuses, des bouquetières; mais je ne croyais pas qu'elles fussent des empoisonneuses. »

Mme de Sévigné, qui rapporte cette anecdote, ajoute que la terre trembla à ce discours et que tous les dévôts furent en campagne.

« Louis XIV ne s'en tint pas à ce mouvement de mauvaise humeur; pour les punir de leur ingérence dans le domaine de la médecine, il fit transporter leur couvent de la rue du Bouloi dans la rue de Grenelle-Saint-Germain, qui leur offrait sans doute une résidence moins avantageuse.

« Avec un peu de réflexion; le roi, cependant, se serait dispensé de cet acte de sévérité, car il était loin de dédaigner la médecine illégale, et le jeune duc du Maine, étant menacé d'une infirmité, Mme de Maintenon le conduisit incognito à Anvers, près d'un charlatan alors en réputation, et le charlatan le renvoya plus boiteux qu'il n'était venu. Cette démarche n'avait certainement pas été entreprise sans le conseil ou du moins l'autorisation du roi. »

Le second discours de M. Druben est plus exclusivement littéraire. Le médecin s'y montre à peine. Il s'agit du théâtre de Besançon depuis 1830 jusqu'à nos jours. L'auteur y passe en revue les divers genres.

Indulgent pour Scribe et toutes les comédies à propos desquelles on peut répéter la devise du théâtre Comte:

Sans danger, une mère y conduira sa fille,

M. Druhen est plus sévère pour le théâtre de M. Dumas fils, et surtout pour les opérettes qui ont marqué et continuent encore le règne d'Offenbach. Mais il montre également peu de tendresse pour les drames, qu'il considère comme un facteur important dans l'étiologie de l'aliénation mentale et dans le recrutement des prisons.

Cette brochure du professeur de l'École de médecine de Besan-

gite granuleuse, voire même dans la paralysie diphtéritique.

Sans discuter la valeur de ces recherches déjà anciennes, nous nous contenterons de résumer celles de ces dernières années.

Dans tous les pays, un grand nombre de médecins ont cherché dans ce moyen thérapeutique la curabilité de diverses affections des voies respiratoires. Les travaux remarquables de Waldenburg sur l'aérothérapie contribuaient à favoriser ces tentatives. La découverte du bacille de la tuberculose et le rôle incontestable qu'on doit lui attribuer dans la pathogénie et l'évolution de cette maladie donnent un nouvel intérêt à ces recherches. Si la multiplication du microbe peut être enrayée, c'est assurément par une médication antiseptique que l'on fera pénétrer jusque dans les dernières ramifications de l'arbre pulmonaire. On se heurte, il est vrai, à une difficulté à peu près insurmontable : c'est que les antiseptiques les plus sûrs, les plus efficaces, sont en général des agents qui seraient mal tolérés par un organe aussi délicat que le poumon. En détruisant le microbe, ils risquent d'altérer, d'enflammer la muqueuse; ils peuvent même déterminer à certaines doses, vu le pouvoir d'absorption de cette large surface, des phénomènes d'intoxication. Il faut dès lors se résoudre à ne les employer qu'à un état de dilution qui atténue beaucoup leur puissance antiparasitaire.

Ces observations, formulées par des cliniciens éminents, sont à un certain point fondées; et, pour rester sur un terrain pratique, il faut adopter un terme moyen qui ne donne pas de résultats absolument décisifs. Les solutions faibles, mitigées, que l'on emploie amènent très rapidement, dans la plupart des cas, une amélioration des principaux phénomènes, leur disparition même complète parfois, toux, expectoration, sueurs. Leur efficacité est de ce fait bien établie, car on ne saurait évidemment attribuer à la seule action de l'eau chaude, de la vapeur, des résultats aussi marqués. Les inhalations médicamenteuses peuvent-elles amener la disparition complète des lésions? Ce serait là la meilleure démonstration de leur action directe sur le microbe. On cite bien des exemples où la lésion a certainement rétrocédé, mais cette amélioration n'a-t-elle pas été suivie de rechutes? A-t-elle persisté assez longtemps pour qu'on ne pût douter de sa réalité? Il n'existe pas jusqu'ici d'observation pouvant témoigner sans conteste d'un pareil succès. La guérison s'observe, en dehors de cette médication, dans des conditions assez variables; il n'est donc pas impossible de voir la tuberculose céder aussi à ce moyen. Mais, en s'en tenant aux faits ordinaires, on donne aux malades un bénéfice réel, on améliore l'état local, on supprime tout ou partie des symptômes pénibles et des causes d'épuisement. On les met dans les meilleures conditions possibles pour que la médication tonique, l'alimentation, l'hygiène, puissent réparer les pertes et restaurer l'état général. A ne s'en tenir qu'à ce résultat, c'est déjà beaucoup.

Les inhalations présentent, comme méthode thérapeutique, un avantage signalé sur la médication par les voies digestives; c'est de ne pas fatiguer inutilement ces organes et supprimer en quelque sorte les moyens de rendre à l'organisme épuisé les aliments réparateurs, de ne pas entraver les fonctions d'assimilation et faire disparaître le peu d'appétit qui reste aux malades. Comme le dit M. Guillemin, n'est-il pas plus simple et plus rationnel de faire passer l'agent modificateur à la surface des parties qu'il doit modifier en lui donnant pour véhicule l'air que respire le malade?... Par l'emploi des inhalations, on a la certitude que la substance médicamenteuse arrive réellement au contact des parties sur lesquelles elle doit agir et qu'elle y arrive sans avoir subi la moindre altération... ce qui n'est pas le cas pour la médication par la voie digestive, pourrait-on ajouter.

On a soutenu pendant longtemps que les liquides ainsi vaporisés ne pénétraient pas dans les ramifications pulmonaires; ils atteignaient le larynx et dépassaient à peine cet organe pour atteindre la trachée. Ce point particulier n'est plus en discussion aujourd'hui; des expériences bien nettes, faites sur les animaux, sur les sujets trachéotomisés, ont prouvé que les inhalations pénétraient parfaitement dans les ramifications bronchiques, et s'il fallait une preuve encore plus convaincante je la trouverais dans les expériences de Veraguth. Cet auteur a rendu des lapins tuberculeux en leur faisant inhaler des solutions aqueuses filtrées de crachats tuberculeux. On trouvait dans la *cavité des alvéoles* un exsudat inflammatoire au sein duquel étaient d'innombrables bacilles.

Voyons dans quelles conditions ce traitement a été appliqué. Il est peu de substances antiseptiques, aromatiques, qu'on n'ait essayées. Chéron, en 1872, préconisait, pour arrêter la destruction du poumon dans la phtisie chronique, l'inhalation

---

çon révèle un lettré en même temps qu'un moraliste; un lettré qui sait se faire lire, un moraliste qui mérite d'être écouté.

***

Il y aurait encore à parler de quelques travaux un peu hybrides, pas assez scientifiques pour qu'on s'en occupe en haut lieu, pas assez littéraires pour être franchement accueillis dans ces colonnes de rez-de-chaussée. Ainsi voilà un petit volume sur la longévité traduit de Joseph-G. Richardson, professeur d'hygiène à l'université de Pensylvanie, par M. P. Barrué (1).

Ce petit traité se fait lire; c'est la Macrobiotique de Hufeland sous une plus modeste allure, mais par contre mise au niveau des recherches modernes de l'hygiène. Excellent livre de vulgarisation, mais dont les médecins recommanderont plutôt la lecture à leurs clients qu'ils ne le liront eux-mêmes avec fruit.

A peu près sur le même sujet, si nous nous en rapportons au titre, voici encore une brochure, brochure qui n'est pas signée. Cela s'appelle : *le Secret de Cornaro, ou le moyen de vivre longtemps sain de corps et d'esprit, enseigné par un docteur féminin d'Angleterre et préconisé en France par un vieux praticien* (1).

Dès les premières lignes, on s'aperçoit qu'il s'agit d'une apologie du *végétarianisme*, et d'une condamnation formelle des malheureux qui persistent à manger de la viande, des *créophages*, comme on nous appelle. Ah! si l'on savait les maux qu'engendre l'alimentation animale! Et d'abord cette fièvre de chair, *febris carni* (sic), « observée chez les typhoïdes (*sic*) auxquels on donne pour la première fois de la viande. Il y a fort loin de cette excitation à la véritable force. Combien de personnes se trompent à cet égard et se croient restaurées, lorsqu'elles ne sont qu'intoxiquées! »

Ce n'est pas tout : *« L'alcoolisme est un des effets les plus communs de la créophagie. »*

Et on trouve encore des boucheries toutes grandes ouvertes dans les centres civilisés!

Bien plus, l'*alimentation animale provoque aux excès du libertinage*. Et puis la plupart des helminthes, mais en tout

(1) *La Longévité et les moyens de l'acquérir*, 1 vol. in-18 de 180 pages. Paris, Asselin, 1884.

(1) Broch. in-8 de 16 pages. Le Mans, typographie Monnoyer.

des vapeurs d'essences oxygénées, et, parmi celles-ci, il donnait la préférence au « Laurus camphora ».

Guillemin, qui visait moins la phtisie que les affections aiguës ou sans caractère spécifique comme cette maladie, bronchites, catarrhes, bronchorrées, etc., emploie les infusions de plantes aromatiques (sauge, romarin, menthe, mélisse), en y ajoutant, suivant les cas, une petite quantité d'une substance calmante volatile (éther, laurier-cerise, ciguë, etc.). Dans les formes chroniques, c'est à l'iode et à l'essence de térébenthine qu'il a recours. Les vapeurs d'iode pur sont irritantes, mais en général bien supportées, au dire de cet auteur.

Libermann combat les phénomènes pénibles de la bronchite chronique simple ou avec emphysème par les inhalations de chlorhydrate d'ammoniaque.

Mac Aldovie préfère l'essence de térébenthine à l'acide phénique, à la créosote, à l'iode et aux autres antiseptiques.

Depuis deux ans et demi qu'il l'emploie dans son service, il a traité plus de 200 cas de phtisie et de bronchite chronique. Il administre quelquefois, avec les inhalations, l'essence à l'intérieur (5 centigr. par jour). Il a vu, sous l'influence de ce médicament, la toux et l'irritation se calmer et l'expectoration diminuer.

Curschmann a eu surtout en vue le traitement des bronchorrées et des bronchites à sécrétions fétides. Il faisait respirer ses malades au travers d'un masque garni au niveau de la bouche d'une poche contenant une éponge imbibée de la solution médicamenteuse. Il a employé successivement l'essence de térébenthine, l'acide phénique, le thymol et la créosote.

L'essence de térébenthine n'a produit d'autres accidents qu'un peu de pesanteur de tête et de céphalalgie. Le plus souvent, l'auteur a fait inhaler l'acide phénique concentré sans que jamais il en résultât d'autre inconvénient pour les patients que parfois des rougeurs ou des excoriations de la face au pourtour du masque..... Le thymol, administré dissous dans l'alcool, n'a nullement déterminé de symptômes d'irritation du côté des muqueuses. Au bout de deux à trois jours de ces inhalations, on voit disparaître plus ou moins entièrement la fétidité de l'expectoration, ainsi que la fièvre entretenue par la putridité des sécrétions bronchiques.

Curschmann reconnaît à la créosote les mêmes propriétés désinfectantes qu'à l'acide phénique. Elle agit en outre comme styptique, sans exciter la toux, chose importante chez les hémoptoïques.

Les inhalations de créosote ont été préconisées par Copland qui cite l'observation d'un jeune homme qui vint le consulter dans une période avancée de la phtisie et qui recouvra une santé parfaite après avoir séjourné plusieurs mois comme employé dans une fabrique de créosote.

Le benzoate de soude a été un moment en grande faveur, tant en Allemagne qu'en Autriche. Rokitansky et Klebs avaient été les promoteurs de cette médication qui leur avait été suggérée par les résultats obtenus par Schüller dans ses expériences sur l'inoculation de la tuberculose. Schüller injectait directement dans la trachée, sur des animaux trachéotomisés, de la matière tuberculeuse ou des cultures de bacilles tuberculeux. La tuberculose ne tardait pas à se montrer chez ces animaux. Chez quelques-uns de ces tuberculisés, Schüller fit faire des inhalations de benzoate de soude à la dose de un demi-gramme à un gramme par kilogramme du poids de l'animal. Ces animaux résistèrent à l'envahissement de la tuberculose et, tout en faisant la réserve de conditions moins favorables et plus complexes chez l'homme, le médecin de Greifswald pensa qu'il serait utile de tenter cette médication. Rokitansky et Klebs appliquérent aussitôt au traitement des phtisiques de leur service les inhalations au benzoate de soude à 5 0/0. On employait jusqu'à 30 et 50 grammes par jour pour chaque malade. D'après ces auteurs, les résultats étaient merveilleux : disparition de la fièvre hectique, suppression de la toux, de l'expectoration, augmentation de poids, etc.

Il y avait trop d'enthousiasme de la part des deux cliniciens. La Société médicale de Berlin, saisie de cette question par un travail de Guttmann, s'est montrée plus réservée. Guttmann n'avait obtenu aucun résultat bien marqué des inhalations de benzoate, faites dans les conditions indiquées par Rokitansky. On observait une rémission temporaire, due, selon lui, à l'action de la vapeur chaude, et rien de plus. Senator, Waldenburg, Fritsche, Frænkel appuyèrent les conclusions de Guttmann en apportant leurs observations personnelles. Sur un total de plus de 200 malades soumis à cette médication, les résultats avaient été négatifs.

Le professeur Jaccoud, qui a appliqué chez quelques-uns de ses malades, avec une exactitude scrupuleuse, le traitement

---

cas les plus terribles (tænias, trichines), la scrofule, le rachitisme, les affections nerveuses et cérébrales, la goutte, la gravelle, les néphrites, le diabète, le scorbut, enfin le ramollissement des centres nerveux, la paralysie générale et la démence, telles sont les conséquences naturelles de la *créophagie*.

Conclusion : hors des légumes, point de salut. — N'est-ce point cela ?

On voit que cette brochure, en vous ouvrant les portes de la santé et du bien être, est capable de procurer quelques instants de distraction, assaisonnés d'une douce gaieté. En dehors du bien qu'elle aspire à faire, elle rendra aussi des services qu'elle ne paraît pas avoir recherchés. Car le rire est sain. Horace le savait déjà : « *Dulce est desipere in loco*. »

***

En terminant cette revue déjà trop longue, je m'aperçois qu'il serait bon, pour être complet, de signaler l'entrée dans le monde de la littérature d'un de nos confrères qui jusqu'ici ne semblait pas ambitionner ce genre de lauriers. Et cependant cette entrée vient de se produire bruyante et non sans éclat. Il s'agit du député de Saint-Flour, de l'agrégé en sciences naturelles de la Faculté de Montpellier, du docteur Amagat. Notre confrère, désertant les ronces de la botanique, semble avoir pris à son compte les vers que Corneille met dans la bouche de Rodrigue (*le Cid*, acte II, sc. II) :

Mes pareils à deux fois ne se font pas connaître,
Et pour des coups d'essai veulent des coups de maître.

En effet, son début à la REVUE DES DEUX-MONDES (1), s'il a été remarqué, mérite de l'être.

Cette étude sur Gambetta, et à quelque opinion que l'on appartienne on en conviendra, révèle des qualités d'écrivain pour le moins inattendues. Il y a là plus qu'un germe, il y a plus que de vraies promesses d'un historien philosophe. L'auteur juge, il est souvent sévère, beaucoup diront trop sévère; mais enfin il motive son jugement, et d'une manière précise, serrée, alerte, et montrant en peu de mots qu'il possède les éléments de son réquisitoire, manœuvrant les documents avec une dextérité de diplomate; et le tout est habillé d'un style qui n'est pas commun.

Dr ALBERTUS.

(1) N° du 15 mai 1884.

de Rokitansky, n'a pas non plus obtenu les résultats annoncés par l'auteur. Dix malades ont suivi le traitement.

Il a bien constaté une diminution de l'expectoration, une amélioration positive de l'état général, démontrée par l'excellence de l'appétit, l'intégrité des fonctions digestives, le changement de l'habitus extérieur et une augmentation de poids; mais je ne puis guère, dit-il, attribuer cet effet en totalité au benzoate, car pour les malades de cette classe le séjour et le régime de l'hôpital constituent une amélioration notable des conditions de vie.

« Le seul fait certain pour moi est la modification de l'expectoration. C'est quelque chose au point de vue des phénomènes d'auto-infection, mais en somme ce résultat ne m'a pas paru plus marqué que celui qu'on obtient, soit avec les inhalations d'acide phénique, soit même souvent par la simple administration persistante de la créosote. »

L'acide phénique est une des substances les plus communément employées. Solis Cohen, dans son ouvrage sur les « Inhalations comme méthode de traitement » (Philadelphie), insiste sur les avantages qu'on peut en retirer. Burney Yeo, Hunter Mackenzie, etc., ont publié tout récemment (*British med. Journ.* 1884) des observations qui témoignent de l'heureuse influence de ces inhalations aux divers degrés de la phtisie. On trouvera dans les leçons du professeur Jaccoud sur la curabilité et le traitement de la phtisie les indications et contre-indications, le mode d'emploi et les doses des solutions phéniquées.

Depuis longtemps, les inhalations phéniquées sont employées d'une façon courante pour certaines affections du larynx, et, s'il m'est permis de parler de ma pratique personnelle, je dirai que je les prescris dans la phtisie laryngée à presque toutes les phases, et qu'à de rares exceptions je les ai vues bien tolérées et donner de bons résultats.

Il faut toujours procéder d'une façon graduelle; quelques malades présentent dans les premières séances une intolérance manifeste, qui se caractérise par l'accroissement de la toux, sous forme de quintes fort pénibles. Je varie les solutions d'après cette tolérance et suivant les lésions, en débutant par une dose de 0.25 à 0.50 centig. d'acide phénique pour cent jusqu'à 1 gr. 50, 2 grammes pour cent au maximum; j'ajoute toujours une petite proportion d'extrait thébaïque.

Comme la plupart de ceux qui ont usé de cette médication, j'ai observé généralement une diminution notable, parfois même une cessation complète de la toux et de l'expectoration; les crachats deviennent moins abondants, moins épais; leur fétidité disparaît très rapidement, et cette amélioration se produit dès les premiers jours. L'état local est quelquefois notablement amélioré. De tous les agents médicamenteux employés en inhalations, l'acide phénique est celui qui m'a donné les meilleurs résultats.

Sormani et Rummo ont employé récemment les inhalations d'iodoforme. Sormani prend l'iodoforme porphyrisé qu'il fait traverser par un courant d'air. Il se sert, pour cela, de l'appareil de Waldenburg, auquel il ajoute un flacon de Woolf trempant dans un bain-marie à 100° pour faciliter la volatilisation de l'iodoforme.

Rummo fait dissoudre l'iodoforme dans l'essence de térébenthine. Les doses varient de 16 centigrammes iodoforme pour 4 grammes d'essence à 1 gramme pour 30. La solution est administrée à l'aide du pulvérisateur de Siegle, et les malades doivent séjourner une à deux heures dans la pièce où s'est faite l'inhalation pour respirer les vapeurs répandues dans l'appartement.

Les deux auteurs italiens ont constaté une amélioration très rapide dans l'état général, beaucoup moins accentuée dans l'état local. La poussée tuberculeuse, dit Sormani, est suspendue; la rechute est toujours menaçante.

Alfred Leach publie dans la LANCET (31 mai 1884) la formule suivante de spray iodoformé :

Solution éthérée d'iodoforme	4 grammes.
— chloroformée —	1 gr. 30
Teinture fraîche de polygala	6 grammes.
Eau distillée	60 —

Le tout forme une liqueur jaune paille contenant l'iodoforme en suspension à l'état de poudre impalpable. L'addition d'un peu d'essence de pin sylvestre masque l'odeur d'iodoforme.

Les inhalations d'acide carbonique ont été préconisées, à l'exemple de Lemaire, par Parkins (Londres, in-8°, 1883) et Dupont (THÈSE DE PARIS, 1882), dans le même but. D'après eux, ce gaz diminuerait l'activité des combustions dans les tissus et ralentirait le mouvement de désassimilation. Tous les deux citent quelques observations favorables à leur pratique.

Albrecht, de Neuchâtel (Suisse) a employé les inhalations d'oxygène et a constaté, chez des phtisiques dont les crachats contenaient des bacilles tuberculeux, une augmentation de poids presque constante, la nourriture étant invariable. D'une façon moins constante, il a vu la dyspnée et la toux s'atténuer et les bacilles diminuer de nombre dans l'expectoration.

Brugelmann a essayé sans succès les inhalations d'azote; ce gaz, impropre dans une certaine mesure à la respiration, ne peut agir que d'une façon mécanique en provoquant des inspirations plus rapides et profondes. Treutter, qui a administré ce gaz chez quatorze phtisiques, en aurait pourtant obtenu de bons résultats; il l'a fait respirer mélangé à des proportions variées d'air atmosphérique.

J'ai résumé sommairement les exemples les plus récents sur cette question de thérapeutique.

La découverte du microbe de la tuberculose donne un grand intérêt aux tentatives qui pourront se produire dans ce sens. Avant de se prononcer, il est important de connaître l'efficacité de tel ou tel médicament employé, en inhalation, sur la vitalité du bacille. Les crachats sont, d'après les expériences de Fischer, très résistants à l'action des antiseptiques; il faut une solution d'acide phénique à 5 % pour neutraliser leur virulence. On s'explique ainsi les résultats incomplets obtenus dans la pratique. Mais d'autres agents ne présentant pas une action caustique sur les voies respiratoires peuvent être susceptibles de paralyser la multiplication du microbe, d'arrêter son développement. C'est sur ce point que devront porter les recherches. A la suite des inhalations, il sera facile de se rendre compte si le nombre des bacilles a diminué.

M. Niepce a communiqué récemment à l'Académie de médecine un travail portant sur ce point spécial. Ayant reconnu que, chez les tuberculeux soumis au traitement par les inhalations à Allevard, les bacilles diminuaient et disparaissaient quelquefois, il institua diverses expériences pour établir à quel agent pouvait être attribué cet effet. L'acide sulfhydrique serait, d'après ses recherches, agent destructeur du bacille.

Ses expériences prouvent en effet que l'inoculation de cra-

chats tuberculeux, traversés au préalable par un courant d'acide sulfhydrique, ne provoque pas la tuberculose chez le lapin et le cobaye. Mais on ne peut pas soumettre des malades à l'action prolongée de ce gaz pur, et pour chaque agent dont on reconnaît l'action antiseptique on retombe dans cet embarras. A faibles doses, le gaz ou le sel agit peu ; à hautes doses, il est caustique ou toxique. Aussi les inhalations médicamenteuses ne peuvent-elles être, pour le moment, considérées que comme un adjuvant très utile, très efficace, de la médication ordinaire. Rien ne vient contredire la possibilité de trouver un agent suffisamment actif pour détruire le microbe et assez inoffensif pour être toléré par le poumon. C'est dans ce sens que doivent être dirigés les efforts de la thérapeutique, en attendant que des moyens prophylactiques bien compris (la véritable solution du problème) soient mis en œuvre pour arrêter les progrès de la tuberculose.

A. CARTAZ.

BIBLIOGRAPHIE

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE, COMPRENANT LA PATHOGÉNIE ET LA PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE, par le docteur HALLOPEAU.

La pathologie générale est un thème qui prête à toutes sortes de variations. Suivant le génie ou la main de l'artisan, on en tire une table, une cuvette ou un dieu. Andral y avait mis l'histoire de la médecine. Bouchard en a fait la pathologie des diathèses. La pathologie générale de Chomel était un manuel d'enseignement primaire. Celle de Chauffard était une œuvre de philosophie transcendante. Sous la même rubrique se rejoignaient donc la base et le sommet de l'éducation médicale. Du reste, chacun de ces enseignements avait son prix : l'un enseignait à lire et l'autre apprenait à penser ; celui-ci offrait la critique de la science ; celui-là conduit dans les régions, naguère inconnues, qu'a découvertes l'analyse contemporaine.

M. Hallopeau ne nous montre ni dieu ni cuvette. Il ne s'attarde pas dans l'érudition pure ; il ne propose pas de doctrines. Il raconte ; il expose ; il présente, avec la clarté et la discrétion d'un écrivain qui en sait encore bien plus qu'il n'en dit, le bilan de la science actuelle, de la science de 1884, pour ce qui peut rentrer dans le domaine de la pathologie générale.

Qu'est-ce donc que la pathologie générale ? Ou, pour ne pas risquer une définition proprement dite, que convient-il d'étudier sous le titre de pathologie générale ? *Les conditions et les circonstances qui sont communes à l'ensemble des faits pathologiques.* — Tel me paraît du moins le cercle qu'elle doit embrasser et celui où elle doit se restreindre. M. Hallopeau s'exprime dans le même sens : « La pathologie générale est la *science* qui étudie dans leur ensemble les *troubles de la santé* et s'occupe d'en déterminer l'origine, les caractères généraux et la nature. »

En pathologie, comme dans les autres sujets, tout a une *cause*, tout a une *expression*, tout a une *évolution*.

Telles sont effectivement les grandes divisions du *Traité élémentaire de pathologie générale*.

La première partie est consacrée à l'*étiologie*.

La seconde partie expose les *processus morbides*, c'est-à-dire les expressions organiques, et la troisième partie les *troubles fonctionnels* (symptômes), c'est-à-dire les expressions phénoménales.

Une quatrième partie, intitulée *De l'affection et de la maladie*, comprend l'évolution des maladies aiguës et des maladies chroniques.

La cinquième partie, *Étude générale de l'art médical*, traite du diagnostic, du pronostic et de la thérapeutique.

Le traité de pathologie générale est compris tout entier dans les trois premières parties, très riches en notions et en documents. Les deux dernières ont été assez écourtées. Peut-être de plus amples développements auraient pu être donnés à l'évolution des maladies. Mais il faut reconnaître que, pour ce qui concerne le diagnostic, le pronostic et la thérapeutique, une étude purement subjective ne peut qu'être assez stérile, et que les considérations utiles qui s'y rattachent appartiennent plutôt à la pathologie spéciale qu'à la pathologie générale.

Ce qui m'a toujours paru être l'essence de la pathologie générale, c'est l'étude des causes des maladies, c'est l'étiologie et la pathogénie. Il y a loin de la détermination d'une cause quelconque à la détermination de l'état morbide qui en sera la conséquence, et entre les deux il y a place pour la conception de la pathologie tout entière. L'intervalle de temps dût-il être très court, comme il peut arriver dans les maladies aiguës, les phénomènes propres à l'évolution de l'agent étiologique et à l'évolution de l'acte pathologique sont toujours aussi nombreux que complexes. Les termes les plus simples en apparence de l'étiologie supposent des conditions singulièrement multipliées, ainsi les conséquences de cette cause banale, mais si effective, de refroidissement.

M. Hallopeau fait très bien comprendre que, si ces conséquences sont tantôt négatives, tantôt effectives, et, dans ce dernier cas, si diverses de forme et d'importance, c'est que les conditions de réceptivité sont infinies. Ce sont ces conditions qui sont les termes propres de l'étiologie véritable.

Tout ceci est passé en revue d'une façon très consciencieuse dans l'hérédité et l'innéité ; dans les diathèses, expression des déviations physiologiques de l'organisme ; dans ces prédispositions organiques que l'auteur appelle ingénieusement *diathèses locales*, et qui ne semblent toucher qu'un organe ou un appareil isolé ; dans ces conditions, partielles ou générales, de moindre résistance qu'a créées une maladie antérieure (ou qui peuvent être soit héréditaires, soit innées) ; dans les grandes différences qu'offre chez les différents sujets la faculté de réaction, sujet qui aurait mérité peut-être de plus grands développements, etc. Ce sont là les causes *intrinsèques* sur lesquelles viendront s'enter les causes *extrinsèques* : c'est le véritable sujet de la pathogénie.

Cependant j'ai été surpris de la faible part que M. Hallopeau a faite aux diathèses dans l'étiologie générale, comme dans l'évolution des maladies. Quelques pages seulement leur sont consacrées, alors que (c'est mon sentiment propre que j'exprime ici), il semble qu'elles dussent dominer cette étude. Il est vrai que, à mesure que l'on avance dans l'analyse des états pathologiques et que les moyens d'investigation vont se perfectionnant, les déterminations scientifiques des diathèses redoublent de difficultés. Mais ces difficultés, personne n'était mieux que l'auteur du *Traité élémentaire de pathologie générale* en mesure de les affronter. Il est vrai encore qu'en n'admettant que trois diathèses, le champ d'études et de considé-

rations que pourrait comprendre leur sujet se trouve passablement réduit.

M. Hallopeau considère simplement les diathèses comme « des modifications du type physiologique (point de vue très vrai et très philosophique), ayant pour effet de diminuer la résistance de l'organisme contre certaines influences morbifiques (termes qui me paraissent bien difficilement acceptables), de le prédisposer à certaines affections et d'imprimer à ses réactions une physionomie spéciale (ceci hors de doute) ».

Trois seules diathèses sont admises : la scrofule, l'arthritis et l'herpétisme ; l'arthritis réunissant, comme deux branches d'un même tronc, la goutte et le rhumatisme, suivant la conception de Pidoux. Je suis loin de souscrire à tout ceci ; mais je ne m'arrêterai pas sur ce sujet, parce qu'il doit être question ici des vues de l'auteur beaucoup plus que des miennes. Seulement il me semble que la part que « ces modifications du type physiologique » prennent au développement des *affections* (c'est ainsi que l'auteur désigne ce que l'on appelle maladies dans la langue usuelle, bronchite, métrite, hémorrhagie cérébrale, etc.) méritait autre chose qu'une courte mention.

Il est vrai que « ces modifications chimiques du sang et des humeurs qui constituent les dyscrasies ne sont que des résultats derrière lesquels il faut chercher la cause perturbatrice des actes nutritifs ». Ceci est absolument vrai au point de vue de la pathogénie. Mais ces *résultats* peuvent devenir eux-mêmes la cause des affections. N'est-ce pas ainsi que la présence de l'acide urique ou des urates en excès devient la cause de douleurs rénales et de néphrites ; que le dépôt de sucre dans les tissus, comme la glycémie pathologique, devient la cause des accidents du diabète ; que le dépôt de graisse à l'entour et dans les interstices des tissus détermine les conséquences, quelquefois mortelles, de l'obésité ? N'est-il pas permis de croire que le dépôt d'urate sodique se relie intimement aux phénomènes de la goutte articulaire ?

M. Hallopeau ne considère pas que la scrofule, l'arthritis et l'herpétisme soient des maladies ; ce ne seraient que des prédispositions. Mais, lors même que ce point de vue serait admis, ces prédispositions elles-mêmes, créées ou entretenues par des causes extrinsèques, comme elles sont aussi le résultat de causes intrinsèques (hérédité, etc.), ne tiennent-elles pas une place considérable dans la genèse des affections ? C'est là le sujet de la pathogénie, laquelle paraît non moins du ressort de la pathologie générale que l'étiologie proprement dite, les causes extrinsèques, auxquelles dans le langage classique celle-ci est le plus spécialement afférente, pouvant être considérées comme étant en réalité plus éloignées du processus des affections que les causes intrinsèques (pathogénie).

A mes yeux, le cercle des diathèses doit être infiniment plus étendu qu'il ne l'est ici ; et leur rôle dans la genèse et l'évolution des affections, c'est-à-dire le passage de celles-ci du domaine de la pathologie générale à celui de la pathologie spéciale, m'eût paru réclamer une étude plus approfondie.

Telles sont au moins quelques-unes des réflexions que m'a suscitées la lecture du *Traité élémentaire de pathologie générale*, et que son savant auteur me pardonnera de lui soumettre, en témoignage de la vive attention que j'y ai portée et du profond intérêt que j'y ai rencontré. Lorsqu'on a en main un livre de ce genre, c'est-à-dire de cette valeur et de cette autorité, on voudrait s'arrêter sur chaque partie, en extraire la substance, en analyser la forme et le fond, et échanger avec les pensées de son auteur celles que de semblables sujets sollicitent et solliciteront toujours en des sens divers.

Je me suis laissé attarder sur le chapitre des causes, matière interminable de recherche et de dispute. J'ai sommairement indiqué le plan général du livre, et je me suis permis de discuter quelques-unes des opinions et des tendances qui y sont exprimées. Je dois borner ici cette étude, non toutefois sans avoir signalé un chapitre important, qui a pour titre pittoresque et hardi : *les Causes animées*. Ce sont, d'une part, les parasites, et, d'une autre part, les microbes ou agents infectieux.

C'est là un sujet nouveau, qui empiète peut-être un peu sur la pathologie descriptive, mais dont l'intérêt est d'une telle actualité que l'on ne saurait se plaindre des développements qu'il a reçus. Ils sont là au nombre de trente-six, ces *agents infectieux* dont la cohorte menace d'envahir la pathologie tout entière, quelques-uns encore à l'état de simple suspicion, la plupart bien vivants en apparence et représentés par un portrait véridique. On ne saurait prédire encore le rôle que l'avenir leur fixera ; mais on peut espérer que l'ardeur avec laquelle la génération présente en poursuit la recherche, un peu au détriment de la clinique chère aux générations précédentes, permettra d'atteindre à leur égard une certitude attendue avec une véritable anxiété scientifique.

Le caractère général du livre de M. Hallopeau est que, par une rare et juste mesure, en même temps qu'il répond fidèlement à son titre de livre élémentaire, il peut être également utilisé, comme renseignements et comme direction, pour des recherches approfondies et pour des études d'un ordre élevé, grâce à l'érudition méthodique et à la critique judicieuse qui le distinguent.

MAX DURAND-FARDEL.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

DICTIONNAIRE ANNUEL DES PROGRÈS DES SCIENCES ET INSTITUTIONS MÉDICALES, par M. P. GARNIER (19e année, 1883). — Paris, 1 vol. chez Félix Alcan, 108, boulevard Saint-Germain. — Prix : 7 francs.

L'utilité de ce dictionnaire n'est plus à prouver. Le soin avec lequel M. Garnier compulse les publications périodiques et les livres pour se tenir au courant de la science se fait sentir plus encore dans ce 19e volume que dans ceux qui l'ont précédé.

Son dictionnaire, tenu au courant de la science, forme une mine précieuse de renseignements pour l'homme de cabinet aussi bien que pour le praticien, et c'est le complément nécessaire des grands dictionnaires qui se publient avec une lenteur désespérante.

On n'attend pas que nous donnions ici la liste des principaux articles classés par ordre alphabétique. On n'a qu'à acheter le DICTIONNAIRE ANNUEL.

Dr D.

FORMULAIRE

LIQUEUR BROMURÉE ARSENICALE POUR LE TRAITEMENT DU DIABÈTE. (CLEMENS).

Dans ces derniers temps, on a vanté en Allemagne, comme un excellent remède contre le diabète, l'administration interne de la liqueur bromurée arsenicale dont voici la formule :

Rec. Acide arsénieux....... } àâ 0 gr. 1.
Carbonate de potasse...... }

Mettre dans un verre à réactif et ajouter :

Eau distillée............ V gouttes.

Chauffer jusqu'à limpidité du liquide et ajouter quantité suffisante d'eau distillée pour faire......... 10 grammes.

Ajouter ensuite :

Brome.............. 0 gr. 2.

On laissera déposer la liqueur pendant un jour, avant d'en faire usage.

Dose : 3 à 10 *gouttes* par jour.

E. R.

NOTES & INFORMATIONS

Société de médecine et de chirurgie de Toulouse. — Cette Société vient de proposer les questions suivantes pour les prix à décerner en 1885 :

1° De l'intervention chirurgicale dans les plaies articulaires. — Le prix est de 300 francs ;

2° Faut-il faire un groupe spécial des anémies dites pernicieuses? (Prix Jules Randin). — Ce prix est de 800 francs, mais une prime de 200 francs pourra être accordée en sus pour concourir aux frais d'impression ;

3° Rechercher les moyens de remplacer le plâtrage des vins par un traitement inoffensif présentant les mêmes avantages. — Le prix est de 300 francs.

Les mémoires devront être adressés à M. le secrétaire général de la Société avant le 1er janvier 1885.

Société protectrice de l'enfance de Lyon. — *Prix à décerner en 1885.* — La Société protectrice de l'enfance de Lyon met au concours la question suivante : *De l'influence de la profession de la mère* :

1° Sur la marche de la grossesse (avortement, morti-natalité) ;
2° Sur la morbidité et la mortalité des nouveau-nés.

Une médaille d'or sera décernée par la Société, dans la séance publique de 1885, au meilleur mémoire qui lui sera envoyé sur ce sujet.

Les mémoires devront être adressés, *franco*, avant le 31 janvier 1885, à M. le docteur V. Chappet, secrétaire général, cours Morand, 20.

Ils porteront en tête une épigraphe, qui sera répétée sous un pli cacheté et renfermant le nom et l'adresse de l'auteur.

Conformément aux usages académiques, les mémoires envoyés ne seront pas rendus.

La Société se réserve, si elle le juge convenable, et avec l'assentiment de l'auteur, d'imprimer elle-même, *à ses frais*, le mémoire couronné.

— M. Ludwig Loewe (de Berlin) nous adresse la communication suivante :

Berlin, le 6 juin 1884.

Monsieur le rédacteur et très honoré confrère,

Permettez-moi de vous faire part des dispositions nouvelles qui ont été prises à la Policlinique berlinoise, dans l'intérêt des médecins qui désireraient en profiter.

On peut s'inscrire comme auparavant pour les cours pratiques des différentes branches médicales, mais nous n'accepterons à l'avenir que six inscriptions. Lorsque les inscriptions dépasseront le chiffre de six, nous formerons des cours parallèles dans la même branche. A ceux de MM. nos confrères qui désireraient se former pour une spécialité, nous offrons une place d'assistant (médecin-adjoint) pour la durée de trois mois. La Policlinique berlinoise a créé des places semblables pour chaque spécialité. MM. les médecins assistants pourront être appelés à donner, le cas échéant, les cours parallèles dont nous venons de parler.

Notre intention est de faire de la Policlinique berlinoise un Institut international d'enseignement médical et dans ce but de gagner des instituteurs aptes à enseigner les cours dans les langues étrangères ; nous accepterons aussi comme assistants des médecins étrangers.

Nous vous prions, monsieur le rédacteur, de vouloir bien donner connaissance à vos lecteurs de ces nouvelles dispositions de notre Policlinique, qui peuvent intéresser MM. nos confrères, et nous saisissons cette occasion pour vous donner l'assurance de notre considération très distinguée.

Votre serviteur très dévoué,

Dr Ludwig Loewe,
Médecin en chef de la Policlinique berlinoise.

NOUVELLES

Nécrologie. — Un terrible malheur vient de frapper M. le professeur Richet. Mme Richet, atteinte par l'écroulement d'un mur de barrage, a été tuée sur le coup. Le monde médical a été douloureusement impressionné par la nouvelle de cette fin tragique, qui plonge dans le deuil deux hommes également estimés par leur talent et par leur caractère, le professeur Richet et son fils, M. Charles Richet. Nous ne pouvons que nous associer à la profonde tristesse qu'inspirent les hautes qualités de la défunte et les circonstances véritablement tragiques de sa mort.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Simonet, médecin des hôpitaux de Paris et chevalier de la Légion d'honneur.

***

Election d'un secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences. — Dans sa dernière séance, l'Académie des sciences vient de procéder à l'élection d'un secrétaire perpétuel, en remplacement de M. J.-B. Dumas, décédé.

La liste de présentation portait, par ordre alphabétique, les noms de MM. Jamin et Vulpian.

Sur 53 votants, M. Jamin a été élu au premier tour de scrutin par 39 voix, contre 12 données à M. Vulpian.

Faculté de médecine de Paris. — *Concours pour la nomination à trois places de chef de clinique médicale.* — Ce concours s'ouvrira à la Faculté le lundi 7 juillet 1884, à neuf heures du matin. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 3 juillet 1884.

Il sera également pourvu à la nomination de deux chefs de clinique adjoints.

— *Concours pour la nomination à trois places de chef de clinique chirurgicale.* — Ce concours s'ouvrira à la Faculté le mercredi 9 juillet 1884, à neuf heures du matin

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 5 juillet 1884.

— *Concours pour le clinicat des maladies mentales.* — Ce concours, à la suite duquel il sera pourvu à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique-adjoint, s'ouvrira à la Faculté le 15 juillet 1884. Les candidats devront s'inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 10 juillet prochain.

— M. le professeur Gosselin vient de donner sa démission de la chaire de clinique chirurgicale qu'il a occupée avec tant de zèle et d'éclat. M. Gosselin quitte l'enseignement pour des raisons de santé.

Assistance publique. — Les candidats inscrits pour le concours qui doit s'ouvrir le 19 juin courant pour deux places de chirurgien du Bureau central sont au nombre de 17.

Ce sont : MM. les docteurs Bazy, Brun, Campenon, Castex, Garnier, Jalaguier, Jarjavay, Jullien, Labbé, Marchand, Nepveu, Petit-Vendol, Picqué, Ramonède, Redard, Rémy et Routier.

Nous ferons connaître ultérieurement la composition du jury, qui n'est pas encore définitivement constitué.

Décès notifiés au bureau municipal de statistique de la ville de Paris du vendredi 30 au jeudi 5 juin 1884.

Fièvre typhoïde 33. — Variole 0. — Rougeole 33. — Scarlatine 3. — Coqueluche 9. — Dipthérie, croup 42. — Dysentérie 1. — Erysipèle 5. — Infections puerpérales 6. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 48. — Phthisie pulmonaire 213. — Autres tuberculoses 13. — Autres affections générales 64 — Malformation et débilité des âges extrêmes 43. — Bronchite aiguë 29. — Pneumonie 67. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 50, — au sein et mixte 24. — Inconnu 6. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 89. — de l'appareil circulatoire 69. — de l'appareil respiratoire 42. — de l'appareil digestif 48 — de l'appareil génito-urinaire 26. — de la peau et du tissu lamineux 4. — des os, articulations et muscles 7. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 1. — Epuisement 0. — Causes non définies 1. — Morts violentes 42. — Causes non classées 8. — Total de la semaine : 1022 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Traité pratique de massage et de gymnastique médicale, par le docteur J. Schreiber, ancien professeur libre à l'université de Vienne, etc. Un vol. in-18 cartonné, diamant, de 360 pages, avec 117 figures dans le texte. — Prix : 7 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Etudes sur les classifications des maladies de la peau, par le docteur Rizat. Grand in-8 de 120 pages. — Prix : 3 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Annuaire de thérapeutique et d'hygiène (44e année), par M. le professeur Bouchardat. Comme précédemment, le savant professeur fait suivre sa revue des progrès de la thérapeutique d'un mémoire sur une des questions les plus importantes de l'hygiène. Celui de cette année est consacré à un sujet qui a donné lieu à de nombreuses discussions en sein de l'Académie de médecine et qui occupe avec raison l'opinion publique. Ce sont les maladies contagieuses et la genèse de leurs parasites : tuberculose, cancer, typhus, peste, fièvre jaune, choléra, infection purulente, fièvres intermittentes. 1 vol. 18. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Félix Alcan, éditeur (ancienne librairie Germer-Baillière et Cie).

De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille, par le docteur Bernheim, professeur à la Faculté de médecine de Nancy. Grand in-8 de 110 pages. — Prix : 3 fr. — Paris, librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon.

Etude sur les cancers de l'œil, par le docteur Gustave Dron. Un volume petit in-4° de 115 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

55e année. 7e série. Tome Ier. N° 25 21 JUIN 1884

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr F. de RANSE;
Membres : MM. les Drs J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN;
Secrétaire : M. le Dr E. RICKLIN.

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

CLINIQUE CHIRURGICALE

DE L'OPÉRATION DE LA CATARACTE. — Service du professeur DUBRUEIL, à l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier.

Je désire vous parler aujourd'hui, messieurs, de l'opération de la cataracte. C'est, vous le savez, une opération que nous avons très souvent l'occasion de pratiquer, et je vous dirai en passant que, bien que je n'aie pas de statistique précise à cet égard, je crois la cataracte beaucoup plus fréquente dans nos régions que dans le nord de la France.

Jusqu'à ce que l'abaissement ait été en quelque sorte proscrit, il a été le mode opératoire presque exclusivement en usage dans cet hôpital. Serres, Alquié, Bouisson opéraient par abaissement. Aujourd'hui nous opérons par extraction, sauf dans les cas de cataracte infantile où nous employons la discision ; mais je vous avouerai qu'en laissant l'abaissement de côté pour l'extraction j'obéis plutôt aux idées dominantes, à l'éducation que j'ai reçue, qu'à des convictions bien arrêtées. J'ai appris à pratiquer l'opération de la cataracte en 1864, au dispensaire de Meyer, à une époque où parler d'abaissement était un véritable blasphème, et je demeure fidèle aux habitudes de ma jeunesse. Mais je n'en conserve pas moins des doutes, sinon sur la réalité, au moins sur la fréquence des phlegmasies choroïdiennes, des glaucômes consécutifs, dont la crainte a fait abandonner l'abaissement. Nombre de fois j'ai vu Bouisson pratiquer cette opération, et j'ai pu m'assurer que les phlegmasies consécutives, les réascensions du cristallin étaient rares. Quant à la persistance de la vision chez les individus opérés par cette méthode, je me permets de la croire à peu près égale à celle que l'on obtient après l'extraction. Souvent nous avons l'occasion d'observer des malades qui ont subi l'abaissement depuis longtemps déjà et qui continuent à y voir convenablement.

Il y a quatre ans, nous avions dans nos salles un ancien préposé d'octroi, qui était entré pour une maladie des voies urinaires. En l'interrogeant, j'appris qu'il avait été opéré de la cataracte des deux yeux par abaissement, d'un côté par Alquié, de l'autre par Bouisson ; la dernière opération remontait à vingt ans, et cet homme continuait à y voir des deux yeux.

En 1878, j'abaissai une cataracte de l'œil droit sur un curé provençal plus que septuagénaire. L'opération réussit, et l'année suivante il venait me demander de l'opérer de l'autre œil, désirant, disait-il, jouir complètement du spectacle de la nature pendant les quelques années qu'il pouvait avoir à vivre. J'accédai à son désir et je pratiquai encore l'abaissement. Quand il nous quitta, il y voyait des deux yeux. Avant son départ, je profitai de l'occasion pour examiner à l'ophthal-

FEUILLETON

LA NOUVELLE UNIVERSITÉ TCHÈQUE.

Prague, mai 1884.

Après de longues luttes, la Faculté de médecine tchèque a été enfin fondée cet hiver, au moins partiellement, et tous les médecins et étudiants tchèques comptent sur la prompte organisation des cliniques encore absentes. Dans certaines feuilles allemandes politiques et même médicales, on insinuait que le personnel serait insuffisant et même tout à fait nul ; on émettait des doutes sur la bonne tenue des différentes chaires. Mais ces préoccupations « scientifiques » empreintes d'une jalousie mal déguisée n'avaient aucun fondement. Ce sont en effet les circonstances, et principalement l'absence de Faculté nationale, qui avaient contraint les professeurs bohêmes ou tchèques soit d'enseigner à Prague en langue allemande et d'écrire en allemand, soit de se faire nommer dans d'autres universités d'Autriche et même de Russie, pour ne pas renoncer à la carrière scientifique, comme ont dû le faire malheureusement bien des hommes de talent, et se jeter dans la pratique.

C'est par le transfert à Vienne des plus éminentes personnalités de Prague, que l'université viennoise acquit autrefois sa célébrité. Ses étoiles étaient des Tchèques. Rokytansky et Skoda (prononcer Cboda) étaient de la Bohême. Ils étaient nés de parents tchèques : l'un à Plyen, l'autre à Kralove-Hradec. Le fondateur du premier institut physiologique en Europe, Purkyné, complétait un illustre triumvirat. Lui aussi était de la Bohême et il resta fidèle à sa patrie. Un grand nombre de médecins célèbres : Czermak, Pittra, Duchek, Petters, Hamernick, Treitz, proviennent encore de familles tchèques, et c'est le plus souvent par suite des circonstances politiques défavorables, de la prédominance du régime de germanisation, que ces hommes éminents ne purent briller dans leur propre patrie ni savoir la science dans leur langue maternelle.

Maintenant les muses ne sont plus seules à avoir leur temple à Prague ; les jeunes disciples d'Esculape ont le leur, et, bien qu'il

moscope l'œil opéré depuis un an, et je ne pus déconvrir ancnne trace du cristallin.

Mais je n'insiste pas davantage ; c'est de l'extraction qne je veux vous parler, puisqne c'est elle qne vous me voyez presque toujours pratiquer. Aujourd'hui on a à pen près renoncé à l'extraction liuéaire périphérique de de Graefe. C'est un procédé difficile qui expose à l'issue dn corps vitré. L'iridectomie, à laquelle on attribuait de si grands avantages et en faveur de laquelle on a fait de si chauds plaidoyers, n'est plus guère employée que dans un petit nombre de cas. La méthode la plus usitée, c'est l'extraction simple. Mais si la méthode de de Graefe a à peu près disparu de la pratique, on a précieusement couservé son conteau, si commode à manier, si supérieur aux instruments antérieurement nsités, quel qne soit le procédé auquel on ait recours.

Un instrument aussi fort utile, pour fixer l'œil, c'est la pince de Waldau, bien préférable anx piqnes prônées dans le même but. Cette pince a tontefois nn inconvénient ; lorsqn'on l'applique sur une conjonctive lâche, peu résistante, celle-ci se laisse parfois déchirer par l'instrument, et, en tout cas, le traumatisme que ce dernier fait subir à la mnqueuse oculaire est souvent l'origine d'une conjonctivite localisée, qui parfois s'accompagne d'œdème et peut devenir ennuyeuse. On évite en partie ce désagrément en se servant de la pince de Waldau modifiée par Lefort, qui a fait garnir les mors d'une conche de caontchouc.

Pour la section de la cornée, j'emploie un procédé à conrt lambeau que je pratique de la façon suivante : la cornée étant supposée partagée en deux moitiés égales par un plan vertical parallèle au plan médian, je divise chaque demi-circonférence en cinq parties égales, et je fais la ponction immédiatement au-dessous des deux cinquièmes supérieurs et à un demi-millimètre en dedans du limbe de la cornée. Je pratique la contre-ponction sur le point symétrique, et je taille le lambeau de façon que dans toute son étendue la section se trouve à un demi-millimètre en dedans du limbe cornéal. Cette façon de procéder a cet avantage, entre autres, que si l'iridectomie devient nécessaire, on peut la faire largement, ce qui n'est pas toujours facile quand le bord du lambeau est placé plus en dedans de la périphérie de la cornée.

Vient ensuite la section de la capsule, que je fais cruciale-ment, et pour laqnelle je me sers du kystitome de de Graefe.

Je n'ai pas encore employé la nouvelle pince de Wecker, destinée à déchirer la capsnle, laqnelle me paraît devoir être fort commode lorsqn'on se tronve en face d'une cristalloïde résistante et sclérosée.

J'avais imaginé, il y a qnelques années, de commencer l'opération de la cataracte en divisant d'abord la capsule avec une aiguille à discision et de tailler ensuite le lambeau. Dans qnelqnes cas, l'opération a été d'une très grande facilité; je n'étais pas ainsi exposé, en introduisant le kystitome, à aller accrocher l'iris. Mais, par contre, il m'est arrivé d'avoir, par l'orifice d'entrée de l'aiguilles nne expnlsion d'humeur aqueuse assez abondante pour que la cornée s'affaisse au point qu'il devienne à pen près impossible de passer le conteau entre cette membrane et l'iris. J'ai abandonné ce procédé, mais je compte le reprendre, car il me paraît évident qne, lorsque l'humeur aqneuse se sera écoulée en quantité suffisante pour s'opposer à la continuation immédiate de l'opération, en fermant l'œil et attendant un moment, on la verra bientôt se reproduire en de telles proportions qu'il deviendra alors possible de tailler le lambeau.

La cornée sectionnée, je cherche, à l'aide d'une douce pression exercée transversalement au-dessus de la plaie avec le dos de la curette, à faire sortir le cristallin. Si cela ne suffit pas, je presse également an-dessous de la cornée avec une autre curette. Dans le cas où la pupille n'est pas assez dilatée, je fais l'iridectomie.

J'ai eu recours quelquefois, en pareille circonstance, à l'iritomie, préconisée par le docteur Chavernac, d'Aix-en-Provence, iritomie qui peut, en certaines occasions, dispenser de l'iridectomie. Lorsque le cercle pupillaire n'est pas suffisamment dilaté ponr livrer largement passage au cristallin, on voit assez souvent ce dernier se présenter entre les deux lèvres de la plaie cornéale entrebâillée, en repoussant devant lui l'iris dont l'orifice refuse de le laisser passer. En ce cas, il suffit de donner sur l'iris, ainsi reponssé, nn coup de ciseaux, en introduisant an niveau de l'orifice pupillaire une branche de l'instrument au-dessous et l'autre au-dessus de la membrane. On obtient ainsi une fente qui facilite l'issue du cristallin. C'est à ces cas seuls que l'iritomie me paraît applicable. An besoin, si la sortie dn cristallin offre encore quelque diffi-

---

soit encore incomplet et même insuffisant dans ses services accessoires, ils se pressent en foule autour des nouveaux prêtres de la science, et les populations de la Bohême, grâce à la parole toute-puissante du chef de l'empire, ne seront plus désormais obligées de recourir à des médecins qui ne comprennent pas leur langue et qui ne veulent pas l'apprendre.

La plupart des professeurs tchèques récemment nommés étaient déjà professeurs extraordinaires à l'université allemande de Prague. Ainsi Eiselt, assistant de Duchek ; Weiss, le meilleur opérateur de toute la Bohême ; Schoebl, connu par ses nombreux travaux d'histologie et comme oculiste, et qui est maintenant directeur de la clinique ophthalmologique ; Streng, le seul représentant éminent de la vieille école gynécologique de Prague, qui était autrefois l'objet d'un véritable pèlerinage. Aucun n'a hésité un instant à se mettre a la tête de la nouvelle université.

En peu de temps, les chaires principales ont été occupées. La physiologie échut à Tomsa, alors professeur à Kiew en Russie, bien que Tchèque de naissance, et qui n'hésita pas à abandonner par patriotisme une place très lucrative pour donner dans son pays son enseignement magistral. Pour la pathologie générale et expérimentale, on a nommé Spina, l'assistant de Stricker. Un ancien assistant de Klebs, le professeur Hlava, enseigne l'anatomie pathologique. Ses travaux et mémoires jouissent auprès des personnes compétentes d'une grande réputation. Malgré les difficultés de tout genre, ce jeune savant a organisé en peu de temps son institut pathologique d'une façon si complète, qu'il ne le cède à aucun établissement étranger, et cela sans avoir à sa disposition de grosses sommes d'argent comme les professeurs de l'université allemande de Prague. Le professeur Steffall un des meilleurs assistants de Bochdalek, professe l'anatomie normale. La dermatologie et la syphilis sont confiées à Janovsky, élève du regretté Petters.

On a récemment proposé pour la pédiatrie et comme professeur extraordinaire le docteur Neureutter, longtemps directeur et médecin de l'hôpital d'enfants François Joseph. Une clinique pour les maladies de l'oreille et du nez sera aussi prochainement établie et sans doute confiée au docteur Czarda, connu par ses publications spéciales. La policlinique tchèque, sous la direction du professeur extraordinaire Maixner, malgré sa courte existence, est très fréquentée.

Pour la chimie médicale, on a fait venir de Vienne Horbac-

culté, plutôt que de soumettre l'œil à des pressions exagérées et dangereuses, je charge la lentille avec la curette de Critchett.

Le cristallin une fois dehors, reste à faciliter l'issue des débris de couches corticales d'autant plus abondantes que la consistance du cristallin est moindre. Le meilleur procédé consiste à faire bâiller la plaie en pressant au-dessus avec le côté convexe de la curette, transversalement placée, et à exercer avec précaution de bas en haut de douces pressions sur le globe oculaire avec l'index appliqué sur la face externe de la paupière inférieure.

Il est de la plus haute importance de ne laisser dans l'œil ni débris de capsule, ni couches corticales, sous peine de s'exposer à avoir une cataracte secondaire. On peut, au besoin, laisser le malade se reposer en faisant fermer les paupières et appliquant au-dessus une éponge mouillée ; au bout de quelques minutes, quand l'humeur aqueuse s'est reproduite, on recommence le nettoyage de l'œil.

Je ne saurais trop vous mettre en garde contre cette manœuvre qui consiste, pour faciliter l'issue des débris de couches corticales, à promener de bas en haut la curette à la surface de la cornée. On s'expose ainsi à détacher l'épithélium cornéal et à avoir une légère opacité.

S'il y a quelque caillot sanguin entre les lèvres de la plaie, on doit l'enlever avec une pince à iridectomie. Enfin, si l'iris fait hernie, on le fait rentrer avec la spatule en écaille. On s'assure en dernier lieu que la coaptation de la plaie est parfaite ; on instille quelques gouttes d'une solution d'ésérine et on applique un binocle.

Depuis quelque temps, vous avez pu remarquer que, bien que nos opérations soient faites dans un grand hôpital, bien que nos malades demeurent placés dans la salle commune, nous obtenons des résultats satisfaisants.

Dans ce quadrimestre, sur seize opérations, j'ai pu compter quatorze succès. Deux fois il est survenu des inflammations qui ont entraîné la perte de l'œil, mais, dans l'un au moins de ces deux cas, c'est l'indocilité extrême du malade qu'il faut accuser et considérer comme la cause de ce résultat fâcheux.

Ces succès doivent, j'en suis persuadé, être attribués à l'emploi rigoureux des moyens antiseptiques, au lavage soigneux de l'œil avec une solution d'acide borique, à l'usage de linges et de compresses parfaitement propres. Pour les opérations oculaires comme pour les autres, l'asepsie est la grande condition de la réussite.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

PNEUMONIE ET ÉRUPTION D'HERPÈS FACIAL ET PHARYNGIEN, par le docteur PAUL FABRE (de Commentry).

Jeanne D..., âgée de cinquante ans et deux mois, née près de Commentry, est veuve depuis bientôt cinq ans (son mari est mort d'accident). Elle a eu six enfants en cinq couches. Dernière couche à l'âge de vingt-neuf ans. Jeanne D... est restée réglée jusqu'à l'âge de quarante-quatre ans et demi.

D'une forte constitution, assez grasse, d'une taille un peu au-dessus de la moyenne, Mme D... ne signale parmi ses antécédents que de légères indispositions, sauf une pneumonie survenue vers l'âge de vingt-cinq ans et pour laquelle on pratiqua une saignée. Mme D... a été saignée aussi dans le cours de presque toutes ses grossesses. Elle n'en a pas moins conservé un aspect pléthorique. Le rez-de-chaussée qu'elle habite avec trois de ses enfants depuis déjà longtemps est composé de quatre pièces mal distribuées et qui donnent facilement accès à tous les vents.

Le 16 février, Mme D... était restée dans sa cuisine une grande partie de la journée, assise entre le poêle et la porte s'ouvrant au nord-est ; elle surveillait son petit-fils âgé de cinq ans qui avait une varicelle. Elle passa la journée du 17 dans les mêmes conditions.

Le 18, à dix heures du matin, elle eut un violent frisson qui dura plus d'une heure et demie ; on vint me chercher.

J'arrivai près de la malade à trois heures. Le pouls est à 132. La température axillaire du côté droit est à 40°,2. Elle souffre depuis le matin, en arrière et au-dessous du sein droit d'un point de côté qui est allé en augmentant depuis que le frisson est passé. Il y a un peu de toux sèche, la respiration est gênée et un peu accélérée (24 à 28 mouvements respiratoires par minute). A l'auscultation, je ne constate vers la base du poumon droit qu'un peu d'obscurité du murmure vésiculaire, sans râles ni souffle. Bruits du cœur tumultueux.

Prescription : application immédiatement de trois sangsues sous le sein droit. Demain matin, prendre 25 grammes d'huile de ricin.

Le 19, à neuf heures du matin, le pouls est à 108, la température axillaire droite est à 38°,8. L'huile de ricin a été ingérée à cinq heures ; il y a eu trois selles. On me montre quatre crachats

---

zewsky. On projette aussi l'organisation d'une clinique de maladies mentales dont le directeur est trouvé. Si nous remarquons encore que dans le courant du semestre d'hiver des professeurs libres distingués se sont fait inscrire pour l'histologie, la gynécologie, la chirurgie, l'odontologie, la pathologie interne et la balnéologie, on peut voir que la nouvelle Faculté a pour elle toutes les chances de succès.

Qu'il nous soit permis en terminant de prier nos collègues français de nous accorder leur bienveillante attention et de les inviter cordialement à venir nous rendre visite. Ils pourront se convaincre de quelle reconnaissance et de quel respect nous entourons les gloires françaises. Pas un médecin français ne quittera Prague, la ville slave où l'on parle si volontiers français, sans y recueillir les sympathies que rencontrent depuis longtemps les Slaves à Paris.

X.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision ministérielle du 12 juin 1884, ont été désignés, savoir :

M. Julié (Jean-Marie-Henri), médecin-major de 2e classe au 2e régiment de hussards, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger.

M. Bedel (Antoine), médecin-major de 2e classe au 50e régiment d'infanterie, pour le 2e régiment de hussards.

M. Zimmermann (Jean-Baptiste), médecin-major de 2e classe provisoirement au 88e régiment d'infanterie pour le 21e régiment de même arme.

M. Baills (Pierre-Jean-Jacques), médecin-major de 2e classe au 21e régiment d'infanterie pour le 88e régiment de même arme (provisoirement).

M. Galzin (Xavier-Louis), médecin aide-major de 1re classe des hôpitaux militaires de la division d'Alger, pour le 50e régiment d'infanterie.

— M. Laveran, médecin-major de 1re classe à l'hôpital du Gros-Caillou, a été nommé professeur d'hygiène et de médecine légale militaires à l'École du Val-de-Grâce.

sanguinolents rosés. Le point de côté est un peu moins vif. A l'auscultation, il reste toujours de l'obscurité dans les bruits respiratoires. La percussion semble accuser un peu de submatité à droite sous le sein et à la base du poumon droit. (Mme D... est un peu obèse, ce qui rend difficile un examen que l'on [a dû faire le plus rapidement possible.) Le faciès est d'un rouge animé.

Je conseille l'application de trois autres sangsues dans la région sous-axillaire droite, et, en présence de quelques irrégularités dans les battements du cœur, je formule une potion contenant 30 grammes d'oxymel scillitique et 0 gr. 15 de poudre de feuilles de digitale, à prendre par cuillerées à café toutes les demi-heures.

A deux heures et demie, je revois ma malade qui à dix heures et demie a eu un nouveau frisson encore très violent et aussi long que celui de la veille. Le pouls est à 128. La température axillaire du côté droit est à 39°,7.

Je perçois mal quelques râles crépitents à la base de la poitrine en arrière. Le point de côté est toujours accéléré. Il y a eu quelques nouveaux crachats épais, d'un rouge moins vif.

Je conseille l'application de quatre autres sangsues (l'entourage semblait attendre de moi une saignée). Je fais continuer la potion à la digitale et je prescris 1 gramme de sulfate de quinine en 10 pilules à prendre de deux heures en deux heures. (La région de Commentry présente encore des cas assez nombreux de fièvre paludéenne.)

Les urines ne contiennent ni albumine ni glycose.

Le 20, à 11 h. 1/2 du matin, le pouls est à 96, la température à 37°,4. Le facies est calme, moins rouge que les jours précédents. Une éruption d'herpès s'est produite dans la nuit.

Il n'y a eu que quelques crachats d'un rouge orangé.

Le point de côté est presque disparu. J'entends à peine quelques petits râles à la base, peu marqués; la respiration reste obscure.

L'éruption herpétique occupe le côté droit de la lèvre supérieure et la commissure, et s'étend par une traînée jusqu'à la joue droite. La langue est saburrale. Le voile du palais présente quelques vésicules d'herpès à la base de la luette; on perçoit sur la moitié droite de la luette une grosse bulle; une bien plus petite existe du côté gauche de la luette.

Une vive rougeur existe d'ailleurs dans toute l'arrière-gorge, mais plus marquée du côté droit que du côté gauche. Sur le pilier antérieur droit, on aperçoit une vésicule; il en existe trois sur le pilier postérieur.

Il n'y a presque plus de toux. La malade a pris 0,70 c. de sulfate de quinine depuis hier.

Le 21, à 5 heures du soir, le pouls bat 98 fois par minute. La température axillaire est à 38°,6. Mme D... a eu un frisson à quatre heures, et l'accès de fièvre dure encore à 5 heures et demie. Hier il n'y avait pas eu d'accès. Je conseille 50 centigrammes de sulfate de quinine à prendre dans les 24 heures.

L'éruption herpétique s'est étendue sur toute la rainure nasolabiale droite et sur la joue; elle a gagné tout le pourtour de la bouche, et s'est développée.

Les premières vésicules sont maintenant plus confluentes; le contenu y est devenu trouble; un groupe herpétique s'est montré sur l'aile droite du nez. La paroi postérieure du pharynx offre quelques vésicules.

Le 22, à midi, le pouls est à 90; la température, à 37°,95. A cinq heures du matin, Mme D... a pris 30 grammes d'huile de ricin, et une heure après une selle très abondante a été rendue. L'éruption d'herpès s'étend sur toute l'aile droite du nez et sur le sillon génio-nasal correspondant. On voit quelques vésicules aphtheuses non déchirées sur la voûte palatine et sur le voile du palais: sur la luette, l'éruption existe encore, bien marquée. La rougeur pharyngienne est encore très marquée et couverte d'élevures isolées d'un jaune pâle.

La respiration est aujourd'hui à peu près normale.

Le 23 : pouls, 76; la température, 37°,7.

Le 24: Pouls, 68; la température, 36°,9.

Sur les deux piliers et sur l'amygdale du côté droit, on aperçoit quelques points blancs ressemblant à du muguet. Je conseille un collutoire au borax (5 grammes) et au tannin (0 gr. 50) pour 30 gr. de miel rosat.

Le 25, Mme D... a pris 30 grammes d'huile de ricin; elle a eu trois selles. Il n'existe plus qu'une rougeur assez vive sur certains points de la muqueuse bucco-pharyngienne. Le pouls est à 66; la température, à 36°,5.

Le 26, le pouls bat 66 et la température est à 36°,4. Toute rougeur à l'arrière-gorge est disparue. La langue est nette. L'appétit revient. Mme D... est guérie.

Réflexions. — Sans vouloir préjuger la solution que l'avenir réserve à la question de l'existence d'une fièvre herpétique (Jules Parrot) (1) ou d'une simple pneumonie herpétique (Ch. Fernet (2), Lagout (3), etc.), l'observation que l'on vient de lire nous a paru intéressante à plus d'un titre; contentons-nous d'y relever les particularités suivantes :

1° La disparition presque subite et fort inattendue des symptômes de la pneumonie, disparition coïncidant avec l'apparition d'une belle éruption d'herpès, et cependant cette pneumonie affectait dès l'abord une forme des plus graves et semblait imposer un pronostic des plus sérieux.

2° L'intercurrence d'accès survenant à peu près à la même heure assez nettement périodiques doit-elle être exclusivement attribuée à l'impaludisme de nos régions, et la forme de la pneumonie ne pourrait-elle point entrer en ligne de compte?

3° La coexistence de l'éruption herpétique autour des lèvres et du nez et d'une éruption analogue sur la muqueuse buccale et pharyngienne, mérite d'être signalée d'autant plus que, d'après M. Lagout, dans ce qu'il appelle fièvre herpétique, il n'y aurait jamais simultanéité des trois localisations que nous constatons dans notre observation : lèvres, gorge, poumon. Pour M. Lagout, il n'y aurait jamais qu'une double localisation : lèvres et poumon, ou pharynx et poumon.

4° Enfin, tandis que les signes de la pneumonie s'étaient manifestés à droite et y étaient restés confinés, de même l'intensité de l'éruption herpétique a été beaucoup plus marquée du côté droit, tant sur la peau de la face que dans la cavité bucco-pharyngienne.

Quant à vouloir tirer des conclusions générales de l'observation d'un fait qui jusqu'à ce jour, au point de vue de la marche de la pneumonie, est resté isolée dans ma pratique personnelle, je me garderai de l'essayer. Que l'on considère l'éruption herpétique comme un simple phénomène critique ou que l'on réussisse à en faire l'attribut d'une fièvre éruptive spéciale, il me suffira d'avoir apporté un document à la question.

REVUE CRITIQUE

De la tuberculose oculaire.

Les manifestations tuberculeuses du côté de l'appareil de la vision ne sont pas très fréquentes; Hirschberg (*Transact.*

(1) Gazette hebdomadaire, 1871.

(2) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* de Jaccoud.

(3) Communication à la Société médicale des hôpitaux, et Compte rendu des sciences médicales de Gannat *passim*.

of the Internat. Med. Cong., London, 1881), sur 1,700 malades, n'avait rencontré qu'un cas de conjonctivite tuberculeuse du bulbe, un cas de tubercules de l'iris, un autre de tubercules de la choroïde; et, quelque faible que soit cette proportion, cet auteur avait encore été favorisé, car, dans un rapport qu'il fit à la Société de chirurgie (14 juin 1882) à propos d'une observation du docteur Mengin (de Caen), M. Poncet avoue n'avoir pu trouver dans les différents auteurs français et étrangers que quinze observations de tuberculose oculaire dans une période de douze années (1870–1882). Il faut ajouter pourtant qu'il s'agit surtout dans ces observations de tuberculose primitive de l'œil; si l'on voulait faire entrer en ligne de compte les tubercules de la choroïde survenant dans la méningite tuberculeuse, ce nombre devrait être notablement augmenté. Chaque année, dans l'histoire résumée des méningites tuberculeuses observées dans son service à l'hôpital des Enfants malades, M. Bouchut en rapporte deux ou trois cas.

Malgré leur rareté, les tubercules de l'œil n'en présentent pas moins un certain intérêt. Trois fois, dans ces dernières années, la question a été mise à l'ordre du jour de la Société de chirurgie, et tout récemment M. le docteur Luc, interne des plus distingués, faisait de la tuberculose de la conjonctive le sujet de sa thèse inaugurale.

L'étude de la tuberculose oculaire donne lieu à des considérations bien diverses, suivant qu'elle est primitive ou secondaire, suivant qu'elle atteint la conjonctive ou les membranes de l'intérieur du globe; aussi croyons-nous devoir la partager en trois chapitres : dans le premier, nous nous occuperons de la conjonctivite tuberculeuse; dans le second, nous parlerons des tubercules développés primitivement soit dans l'iris, soit dans la choroïde; dans le troisième enfin, nous verrons l'importance que peut avoir la constatation de la choroïdite tuberculeuse dans les affections cérébrales.

La tuberculose de la conjonctive, dit M. Luc, survient chez les sujets atteints de tuberculose d'autres organes, notamment du poumon, du larynx. Le début se fait par de petites saillies qui, d'abord opalines, jaunissent à leur centre, puis finissent par évacuer ce centre ramolli, qui laisse à sa place une petite ulcération cratériforme. A la période d'état, on voit des ulcérations déprimées, anfractueuses, à fond granuleux, à bords taillés à l'emporte-pièce, et autour d'elles la muqueuse présente çà et là des points jaunâtres. En même temps, on constate un suintement purulent abondant, un engorgement du ganglion préauriculaire, et le malade accuse des douleurs et des élancements avec sensation de gravier. La marche est rapide et la terminaison mortelle, au bout de quelques mois, par les progrès de la tuberculose des autres organes. C'est, en somme, l'histoire et la description de toutes les ulcérations muqueuses d'origine tuberculeuse. Là n'est pas le côté original de cette thèse. Se plaçant *uniquement au point de vue clinique*, le docteur Luc distingue la tuberculose de la conjonctive du lupus, affections que l'on tend aujourd'hui à considérer comme étant de même nature. La distinction clinique est bien nette; mais, sans vouloir insister sur les différences qui séparent cliniquement ces deux affections, nous croyons qu'elles ne constituent pas un argument suffisant contre la nature tuberculeuse du lupus. La granulie et la phtisie pulmonaire chronique sont deux maladies tuberculeuses du poumon; elles ont même nature, et cependant que de différences au point de vue clinique! Le caractère distinctif du tubercule est aujourd'hui le bacille, on l'a rencontré dans le lupus; des fragments de lupus inoculés ont produit du tubercule; il nous semble que le doute n'est dès lors pas permis : le lupus est tuberculeux, c'est une tuberculose atténuée, moins grave si l'on veut, mais tuberculose quand même.

C'est le 27 novembre 1878 que M. Théophile Anger rapporta à la Société de chirurgie sa première observation d'irido-choroïdite tuberculeuse. Il s'agissait d'une jeune fille âgée de dix-huit ans, née de parents non phtisiques, qui entra à Lourcine pour un chancre induré et une vaginite. Quelque temps après son entrée, elle fut prise d'accidents d'irido-choroïdite qui amenèrent une perte rapide de la vision avec un trouble du corps vitré qui ne permettait pas de faire l'examen du fond de l'œil. A cette époque, la malade ne toussait pas et ne présentait aucun signe de tuberculose. Ce n'est que trois mois plus tard que survinrent les signes de phtisie; la maladie marcha d'ailleurs très rapidement, et la mort survint bientôt. A l'autopsie, on trouva des tubercules dans presque tous les organes. Dans le segment postérieur de la choroïde, on découvrit un tubercule gros comme un noyau de cerise qui avait amené un décollement rétinien, et çà et là sur la rétine cinq ou six autres granulations.

La seconde observation que M. Th. Anger rapporta plus tard à la même Société lui avait été communiquée par M. Parinaud. Le sujet de cette observation était une jeune fille de quinze ans, née d'un père tuberculeux; elle vint consulter pour un affaiblissement progressif de la vision. Son iris présentait plusieurs bourgeons jaunâtres ayant bien l'aspect de masses tuberculeuses; l'un de ces bourgeons s'était ramolli et avait versé dans la chambre antérieure une sorte de dépôt caséeux. Dans le fond de l'œil, on ne découvrait aucun tubercule. L'affection, jusque-là, n'était pas très douloureuse, il n'y avait jamais eu de réaction inflammatoire; aussi l'énucléation que l'on proposa à la famille ne fut-elle point acceptée.

Une troisième fois, la question revint à la Société de chirurgie en 1882, à propos d'une observation de M. Mengin (de Caen) sur laquelle M. Poncet avait rédigé un rapport. Un valet de ferme de seize ans s'était présenté au docteur Mengin, la chambre antérieure de l'œil remplie d'une tumeur gris jaunâtre formée de deux lobes accolés et séparés par une ligne verticale. Le diagnostic tubercule de l'iris fut porté et l'œil fut énucléé; l'examen histologique démontra que la tumeur était bien en effet composée de substance tuberculeuse. Les suites de l'opération furent des plus simples, et six mois après l'opéré jouissait encore d'une bonne santé.

Les discussions que soulevèrent ces différentes observations portèrent toutes sur le même point. Dans le cas de tuberculose de l'iris ou de la choroïde, faut-il, oui ou non, procéder à l'énucléation? M. Théophile Anger, qui avait vu sa malade succomber à une tuberculose généralisée quelques mois après son affection oculaire, fut partisan de l'énucléation sans réserve; Giraud-Teulon soutint la même thèse; mais la majorité des chirurgiens fut d'un avis opposé. M. Verneuil croyait qu'une opération faite dans ces circonstances ne pouvait que hâter le processus tuberculeux au lieu de l'arrêter; M. Desprès comparait l'énucléation dans ces cas, à l'ablation du foyer infecté dans l'injection purulente; tous convinrent qu'il ne fallait intervenir que dans les cas de douleurs extrêmes, ou encore dans l'imminence d'accidents sympathiques sur l'autre œil.

Ces conclusions, établies à une époque où les tuberculoses locales étaient regardées communément comme les manifes-

tations d'une affection primitivement générale, trouveraient aujourd'hui probablement de nombreux adversaires. Beanconp de chirurgiens, dit Ch. Nélaton (Th. d'agrég., 1883, p. 149), quelle que soit du reste la localisation du mal, opèrent la lésion externe pour éviter la généralisation. Les observations, peu nombreuses il est vrai, donneraient assez raison à cette façon d'agir.

La choroïdite tuberculeuse secondaire a été particulièrement étudiée par M. Bouchut, et bien décrite par lui dans ses belles recherches sur la cérébroscopie. C'est une affection qui rentre plus dans le domaine de la médecine que dans celui de l'ophthalmologie. Essentiellement secondaire, survenant dans le cours de la méningite tuberculeuse, elle donne lieu à peu de troubles fonctionnels et ne réclame aucun traitement en dehors de celui de la maladie générale. Toute son importance réside dans sa valeur au point de vue du diagnostic.

Les tubercules de la choroïde se présentent sous la forme de points jaunâtres de la grosseur d'une tête d'épingle environ; on en voit un, deux ou trois et même plus, situés dans l'hémisphère postérieur de l'œil à quelque distance de la papille, d'une teinte progressivement grisâtre sur leurs bords qui se confondent insensiblement avec la choroïde. On ne trouve pas de liséré noir de pigment comme autour des plaques d'atrophie choroïdienne.

Quelquefois le tubercule fait une légère saillie à la surface de la rétine, saillie démontrée par la déviation d'un vaisseau rétinien qui passe au-dessus de lui.

On a dit que les tubercules de la choroïde n'étant appréciables qu'au moment où la maladie était déjà très avancée, leur présence ne faisait que confirmer un diagnostic déjà posé au préalable. Etant donné le nombre considérable d'affections qui peuvent, chez l'enfant, simuler à s'y méprendre la méningite, nous croyons, au contraire, que l'examen ophthalmoscopique peut souvent tirer le clinicien d'un grand embarras. L'absence de tubercules dans le fond de l'œil n'exclut pas, il est vrai, l'idée d'une méningite, car on ne les rencontre guère que 10 fois sur 100; mais, étant donné que leur présence donne au diagnostic une certitude absolue, nous ne pouvons nous empêcher de regretter que l'ophthalmoscopie ne soit pas encore devenue une méthode d'investigation de pratique courante.

TOUPET.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Chirurgie.

EXTIRPATION DU RECTUM POUR ULCÉRATIONS ÉTENDUES.

Reconnaissant la difficulté de traiter la rectite ulcéreuse, dans quatre cas où le traitement local et général avait été impuissant, Riegner s'est décidé à faire l'extirpation du rectum pour des ulcérations qui ne remontaient pas très haut. Une fois il reséqua 5 centimètres; une antre, 6; deux antres enfin, 7 centimètres de cet intestin. Les résultats lui ont paru satisfaisants. La suppuration disparut complètement, et il n'observa de l'incontinence des matières que dans un cas.

Riegner. *Ueber Extirpation des Mastdarms wegen ausgedehnter Verschœrungen.* — BRESLAUER AERZTLICHE ZEITSCHRIFT, nº 30, 1884.

AUTOPLASTIE DU NEZ.

L'auteur s'est d'abord préoccupé de remédier à cet écrasement du nez causé par la malformation ou la perte du squelette cartilagineux. Il a tenté de remplacer les cartilages par un fil métallique recourbé dont la courbure était rendue fixe grâce à un fil élastique sous-tendant l'arc décrit par le fil. Après avoir employé cette méthode dans quatre cas, l'auteur est arrivé à cette conclusion : à savoir que le procédé n'est applicable que chez les gens intelligents et qui ont bonne volonté de voir masquer, sinon guérir, leur difformité.

En outre, il a tenté la restauration de nez qui présentaient une perte de substance osseuse et cartilagineuse avec des appareils de prothèse, mais sans succès; il a obtenu au contraire un succès en allant chercher un lambeau périostique de chaque côté sur la joue, en dehors de l'orifice osseux des fosses nasales.

Il a fait une cloison cutanée en prenant de la peau à la pointe et sur le dos du nez dans un cas où, pour un nez trop long, il fut amené à reséquer une partie du squelette cartilagineux.

Dans une autre circonstance enfin, il alla chercher jusqu'au niveau du front un lambeau cutané, puis, en utilisant les restes de la peau du nez pour soutenir ce lambeau, il parvint à effectuer une rhinoplastie totale.

J. Mikulicz. *Beitrœge zur plastichen Chirurgie der Nase.* ARCH. F. KLIN. CHIR., vol. XXX, fasc. I, 1884, p. 106-118.

CURE RADICALE DES HERNIES.

Stokes pratique cette opération de la façon suivante : Il réduit l'intestin, puis fend le sac, dont il suture le collet, puis réunit les deux piliers par des fils de catgut.

Il a opéré ainsi :

1º Une femme de 40 ans pour une grosse hernie inguinale étranglée (l'auteur ne dit pas de quel côté) guérison durable.

2º Homme de 44 ans. — Grosse hernie inguinale gauche étranglée; guérison persistant plusieurs mois après l'opération.

3º Garçon de 3 ans. — Grosse hernie inguinale congénitale qu'aucun bandage ne pouvait maintenir. Trois mois après, récidive complète.

4º Femme de 48 ans. — Grosse hernie inguinale étranglée; la réunion se fit bien, mais la malade est encore en traitement.

W. Stokes. *On the radical cure of hernia by peritoneal and intercolumnar sutura.* — Dublin, JOURN. OF MEDIC. SC., février 1884, p. 97-104.

Barton fait l'opération radicale en libérant l'anneau qu'il suture avec le fil d'argent. Ses observations sont les suivantes :

1º Garçon de 2-3 ans. — Grosse hernie inguinale droite; récidive peu de temps après.

2º Homme de 20 ans. — Petite hernie inguinale gauche; récidive peu après la guérison de la plaie. Seconde opération. La hernie ne s'était pas reproduite trois mois après.

3º Garçon de 3 ans. — Volumineuse hernie inguinale droite; la plaie, qui ne guérit pas par première intention, était fermée à l'époque où l'auteur publiait son travail.

The Radical cure of inguinal hernia. — Ibid., p. 105-110.

Weil rapporte un cas d'opération médicale chez un enfant de cinq ans pour une hernie scrotale congénitale, où il employa avec succès la suture profonde du collet du sac selon le procédé de Czerny. Quatre ans auparavant, il pratiqua l'autopsie d'un tuberculeux auquel on avait fait la même opération; il put constater ainsi qu'il n'y avait plus trace de hernie; le péritoine pariétal était parfaitement lisse au niveau de l'anneau inguinal interne.

Weil. *Zur Radicalheilung der congenitalen Scrotalhernien.* — PRAG. MED. WOCHENSCH., 1884, n° 5.

KÉLOÏDE DOUBLE ET SYMÉTRIQUE.

L'auteur a observé une kéloïde symétrique sur les deux épaules d'une jeune femme de 22 ans.

Les tumeurs existaient depuis plusieurs années et avaient déterminé des hémorrhagies. L'opération fut suivie de guérison complète. L'examen histologique fait avec soin montra qu'il s'agissait de ces tumeurs constituées par du tissu de cicatrice et auxquelles on donne le nom de chéloïdes.

Alex. Jacobson (Saint-Petersburg). *Beitrag zur Lehre vom Keloid.*—(ARCH. F. KL. CHIR., vol. XXX, fasc. 1), 1884, p. 30-63.

BLESSURES DES SINUS CRANIENS.

Un jeune serrurier de 24 ans reçut au niveau de la région antérieure et supérieure du front un coup avec un verre à bière qui détermina une fracture avec enfoncement du crâne à ce niveau. Après une perte de connaissance de deux heures et demie, le malade revint entièrement à lui et put répondre aux questions qui lui étaient posées. Le lendemain on détacha avec le ciseau le fragment osseux déprimé, ce qui constitua une perte de substance osseuse des dimensions d'une pièce de 5 fr. environ. Eu outre de ce fragment osseux principal, on put remarquer que de petites esquilles avaient pénétré dans le sinus longitudinal supérieur et y avaient entraîné des cheveux. Lorsqu'on eut enlevé le gros fragment, il se produisit une hémorrhagie considérable et en jets, venant du sinus. La compression fut inefficace à l'arrêter, et on fut obligé d'employer quatre pinces à pression, encore se produisait-il toujours un léger suintement. Pansement à l'iodoforme. Les pinces sont laissées à demeure.

Dans l'après-midi, crampes dans les bras et les jambes. Le lendemain, paralysie des deux jambes. Le troisième jour, on enlève l'ouate iodoformée. Les pinces restent en place. La sensibilité et la motilité reviennent peu à peu à la normale et les pinces sont définitivement enlevées le quatorzième jour.

L'auteur place ces symptômes de lésions en foyer sur le compte de la compression exercée sur le cerveau par le pansement.

A. Reinhold. *Ein Beitrag zur Casuistik der Verletzungen der Hirnsinus.* — DEUTS. ZEITS. F. CHIR., vol. XIX, fasc. 4 et 5.

TRAITEMENT ANTISEPTIQUE DE L'EMPYÈME.

L'auteur cite 28 observations qu'il range en trois classes.

Empyème simple.

a. Enfants, 10 { guéris, 7. mort (1), intoxication phéniquée. non guéri, 1. en traitement, 1.

b. Adultes, 2 guérisons.

h. *Empyème avec simple perforation.*

Enfants 2 cas guéris.

Adules, 5 { 4 guérisons. 1 insuccès.

c. *Empyèmes avec complication.*

Enfants 2 cas avec gangrène pulmonaire. { 1 guérison. 1 mort.

Adultes, 7 { 3 à la suite de coup de feu. 1 par coup de couteau. 1 infection diphthéritique. 2 dans le cours de pyhémie.

3 guérisons, 1 encore en traitement, 3 morts dont les deux pyhémiques et la blessure par instrument piquant; il y avait une plaie du cœur dans ce dernier cas.

E. Schœdla. *Ueber die Endresultate der Empyembehandlung unter dem Einfluss der Antiseptik.*—DEUTSCH ZEITS. F. CHIR., vol. XIX, fasc. 6.

Se fondant sur 4 observations faites sur des adultes, l'auteur tire ces conclusions déjà connues depuis longtemps, à savoir que la thoracentèse, avec résection costale si besoin en est, est l'opération de choix pour les épanchements pleuraux purulents, pour le pneumothorax tuberculeux et pour les kystes hydatiques. La résection de plusieurs côtes thoracoplastiques (opération d'Estlander) doit être réservée pour les cas d'empyème chronique avec épaississement de la plèvre déterminant la compression du poumon, ou dans les cas de néoplasmes.

A. von Puky (Buda-Pest). *Beitræge zur Behandlung der Pleurahœlen Affectionen mittelst Rippenresektion.* — ARCH. F. KLIN. CHIR., vol. XXX, 1884, p. 17-38.

EXTIRPATION DU LARYNX.

Chez une femme de cinquante-quatre ans, qui avait un cancer du larynx, Lucke fut amené à faire l'extirpation du larynx quatorze jours après la trachéotomie. L'épiglotte fut enlevée et la paroi pharyngienne libérée et conservée le plus possible.

La canule de Trendelenbourg enveloppée de baudruche dut être abandonnée après quelques jours et fut remplacée avec avantage par une canule de Luer avec manchon de gomme. Guérison. Grâce à la canule articulée de Brün, la malade parle ou plutôt chuchote; on l'entend du pied de son lit.

A. Prœtorius. *Ein Fall von Exstirpatio laryngis.* — DEUTSCH. ZEITS. F. CHIR., vol. XIX, fasc. 6.

URÉTHROTOMIE INTERNE.

L'observation rapportée par l'auteur est bien faite pour montrer que l'uréthrotomie interne, ordinairement si bénigne, n'est cependant point aussi innocente que le veulent tous les auteurs. Chez un homme de vingt-quatre ans, Gay fit l'uréthrotomie interne et passa le n° 25. Il s'agissait d'un rétrécissement situé à 5 pouces en arrière du méat. Le sixième jour, mort. A l'autopsie, uréthrite pseudo-membraneuse, cystite pseudo-membraneuse, pyélonéphrite et septicémie.

W. Gay. *Fatal Case of internal urethrotomy.* — THE BOSTON MED. AND SURG. JOURNAL, I, 1884.

Karewski emploie pour les déviations de la colonne vertébrale un corset orthopédique constitué par deux attelles métalliques, en treillis de zinc, l'une antérieure et l'autre posté-

rieure, réunies et maintennes par des handes silicatées. Grâce à la légèreté et à la solidité de cet appareil qu'on peut dn reste très hien adapter à la forme du corps, l'auteur a ohtenu un grand nomhre de succès.

Ein neues orthopœdisches Corset. — ARCH. F. KL. CHIR., vol. XXX, fasc. 2, 1884, p. 445-452.

NÉVRALGIE FACIALE CAUSÉE PAR UNE HYPÉROSTOSE DU CONDUIT AUDITIF EXTERNE.

La malade, qui déjà à plnsieurs reprisee avait souffert dn conduit anditif externe à droite, douleur accompagnée de gonflement, mais sans suppuration, fut hientôt en proie à des crises névralgiques excessivement violentes, qni occupaient surtout le territoire dn nerf maxillaire supérieur. La mastication elle-même était douloureuse et dans les derniers temps devint presque impossible à droite. Les crises apparaissaient le matin et le soir sans aucun mode défini et augmentaient pen à peu en intensité et en durée (jusqu'à 6-8 heures). L'examen du conduit auditif externe fit reconnaître la présence de trois petites tumeurs du volume d'un pois et situées sur la paroi postérieure, inférieure et antérieure, ohturant la lumière du conduit qu'elles réduisaient à ne plus être qu'un pertuis très étroit. Lorsqu'on passait une sonde, la malade localisait sa douleur à l'exostose postérieure. Celle-ci fut donc enlevée sous le chloroforme avec la curette, ce qui réussit très bien. Immédiatement après, cessation des douleurs d'une façon définitive et possihilité, ce qui n'avait pas eu lieu depuis plusieurs mois, de mâcher à droite.

MOOS. *Ein Fall von Neuralgie, hauptsœchlich in Bereich des Zweiten Trigeminusastes, durch Exostosenbildung im ausseren Gehœrorgang bedingt.* — BERLIN. KLIN. WOCH., 1884, 8.

PAUL BERTHOD.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

TRAITÉ DES DÉVIATIONS UTÉRINES, par le docteur B.-S. SCHULTZE, professeur de gynécologie, directeur de l'institut ohstétrical et de la clinique gynécologique de l'université d'Iéna, traduit de l'allemand par le docteur F.-J. Hergott, professeur de clinique ohstétricale à la Faculté de médecine de Nancy, membre correspondant de l'Académie de médecine. — O. Doin, 1884.

Le traité de Schultze, traduit par le professeeur Hergott, est divisé en deux parties : la *pathologie générale* et la *pathologie spéciale*.

Dans la première partie, qui est elle-même subdivisée en quatre chapitres, l'anteur expose d'ahord la situation normale de l'utérus et des ovaires, les moyens de fixation de ces organes. Il insiste, avec raison, sur les différences qui se présentent, selon que l'observation porte sur le cadavre ou sur la femme vivante. Le deuxième chapitre traite des divisions des déviations utérines, de leur degré de fréquence et des statistiques publiées par plusieurs gynécologistes. Dans les troisième et quatrième, on tronve la symptomatologie, le diagnostic, l'anatomie et l'étiologie des déviations en général.

La deuxième partie, ou pathologie spéciale, contient onze chapitres dans lesquels sont étudiées, en détail, tontes les variétés de déviations de l'organe utérin : élévation, antéposition, rétroposition, torsions, antéversion et antéflexion, rétroversion et rétroflexion, descente, prolapsus, hernie ou hystérocèle.

Dans le dernier chapitre, consacré à l'inversion, quelqnes pages concernent la disposition du col ordinairement désignée eous le nom d'ectropion, et qne Schultze classe dans les inversions partielles.

Il ressort de la lecture attentive du livre que nous analysons, que les déviations utérines, surtout les variétés antérieures, donnent rarement lieu, par elles-mêmes, à des phénomènes morhides. Ceux-ci dépendent, la plupart du temps, des lésions concomitantes, telles que les métrites, l'inflammation circum-utérine, la pelvi-péritonite. D'où la conclnsion essentiellement pratique, de diriger le traitement contre les inflammations chroniques de l'utérus ou des annexes, sans se préoccuper de l'antéflexion ou de l'antéversion, dont l'importance n'est que secondaire.

Les déviations en arrière s'accompagnent plus souvent que les antérieures de symptômes morhides, tels que métrorrhagies, leucorrhée, avortements répétés. Les complications inflammatoires que l'on rencontre en pareil cas sont fréquemment la conséquence de la situation anormale de l'utérus. Aussi doit-on remettre l'organe en place dès qu'on constate la déviation, et l'y maintenir an moyen d'un pessaire approprié (pessaire en 8 de chiffre ou en forme de traîneau). Pour redresser mécaniquement l'utérus rétrofléchi, on a plusieurs procédés à sa dispoeition. Mais la palpation bimannelle, de heaucoup la meilleure, est bien préférable à la sonde. D'après Schultze, « l'indication des pessaires intra-utérins devient de plus en plus rare, à meeure qu'on a à traiter un plus grand nombre de déviations » (p. 301). Il existe des symptômes nerveux multiples dépendant de la rétroflexion, qui guérissent parfois immédiatement, d'autres fois aprés quelques semaines, sous la seule influence de la reposition (p. 324).

Dans le chapitre relatif au prolapsus utérin, nous trouvons décrites les différentes variétés d'allongements hypertrophiques du col, et les procédés opératoires mis en usage pour remédier à ces infirmités. Dans les cas de ce genre, comme pour la rétroflexion, l'auteur conseille d'employer de préférence les pessaires en 8 ou en traîneau.

Cette courte analyse montre déjà l'intérêt des questions traitées dans le livre de Schultze. C'est donc un vrai service qu'a rendu M. Hergott en en donnant une tradnction. En outre, les modifications apportées à l'édition française, principalement celle qui a consisté à placer en tête de chaque chapitre nn sommaire des paragraphes dont il se compose, facilitent la lecture et les recherches.

LEÇONS SUR LA VAGINITE NON BLENNORRHAGIQUE, par le docteur MARTINEAU, médecin de Lourcine, recueillies par H. LORMANN, interne des hôpitaux. — Delahaye et Lecrosnier, 1884.

Comme l'indique le titre de ces leçons, l'auteur ne s'occupe que de la vaginite simple non contagieuse. Il classe principalement les diverses formes d'inflammations vaginales, d'après les théories déjà formulées dans son *Traité clinique des affections utérines*, en vaginites scrofuleuse, arthritique et herpétique.

A ce propos, M. Martineau cite quelques raretés patholo-

giques observées par lui, telles que l'urticaire et le zona du vagin.

L'importance qu'il attribue à la diathèse dans les différentes variétés de vaginite dirige les indications thérapeutiques, où les eaux minérales jouent un rôle considérable.

Traitement de l'engorgement du col utérin par les cautérisations avec le caustique Filhos, par le docteur Richelot, ancien président de la Société de médecine de Paris. — Masson, 1884.

M. Richelot conseille les cautérisations avec le caustique Filhos dans les cas qu'il désigne sous la dénomination un peu vague d'*engorgement du col utérin*.

A l'appui de sa thèse, l'auteur rapporte plusieurs observations dans lesquelles l'emploi de ce caustique a été suivi de résultats favorables.

Dr de Sinéty.

REVUE DES THÈSES.

Etude clinique sur la pneumonie traumatique, par le docteur L. Proust. — Thèse de Paris, 1884.

La pneumonie peut être le résultat d'une contusion ou d'une plaie contuse du poumon; elle est rare en réalité, et beaucoup moins fréquente que la pleurésie après les traumatismes de la poitrine.

Ses symptômes et sa marche sont loin d'être identiques à ceux de la pneumonie spontanée, et cela se conçoit facilement si on considère que l'inflammation pulmonaire d'origine traumatique présente tous les degrés, depuis la pleuro-pneumonie locale et superficielle jusqu'à la destruction gangréneuse du poumon.

La gangrène du poumon est très rare cependant; aussi la guérison est-elle la règle.

C'est la violence et la multiplicité des traumatismes, c'est l'état général du blessé qui modifieront, selon les cas, l'allure de la maladie, et qui commanderont le pronostic aussi bien que le traitement.

Etude sur la migration de l'empyème dans la région lombaire, par le docteur Y. Delotte. — Th. de Paris, 1884.

Quelquefois, bien rarement il est vrai, dans le cas d'épanchement purulent dans la plèvre, le pus, en fusant sous la face antérieure du grand dorsal ou le long du bord externe du carré des lombes, descend jusque dans la région lombaire pour n'apparaître qu'à la crête iliaque et sous les téguments de la fesse.

Cette migration du pus s'observe surtout du côté gauche, lorsque l'épanchement est limité au sinus costo-diaphragmatique postérieur ou occupe toute la cavité pleurale.

L'empyème se comporte alors comme un véritable abcès par congestion; comme celui-ci, il donne lieu à des troubles de sensibilité; mais on pourrait l'en distinguer par la facilité avec laquelle il se réduit, donnant lieu à ce moment à un sentiment de véritable anxiété respiratoire et par son retrait pendant l'inspiration. Il peut être pulsatile.

A l'ouverture, il s'échappe une grande quantité de pus, et le malade respire plus facilement, en même temps que les signes physiques permettent de constater la disparition de l'épanchement pleural.

Cette migration de l'empyème est ordinairement favorable à la marche de la pleurésie purulente.

P. Berthod.

FORMULAIRE

Ergot de seigle contre la périostite phlegmoneuse et les grandes suppurations osseuses ou autres.

Rec. Ergot de seigle récemment pulvérisé. 6 grammes.

F. s. a. — Trente cachets.

Chacun de ces cachets contenant 20 centigrammes d'ergot de seigle, on en fera prendre un toutes les heures, ou toutes les deux ou trois heures, suivant les circonstances, de telle sorte que la dose quotidienne ne dépasse pas trois grammes ou 15 cachets.

Dès le second ou le troisième jour, la langue se nettoie, la température baisse souvent de plusieurs degrés et la suppuration diminue d'abondance. On renouvellera la prescription jusqu'à ce que la suppuration soit tarie, en espaçant progressivement les prises.

E. R.

NOTES & INFORMATIONS

Voici une initiative des plus louables que nous sommes heureux de proposer comme exemple. Sous la signature du frère de l'impératrice d'Autriche, du prince Charles Théodore, qui cultive l'oculistique avec succès, les journaux de Munich publient l'avis suivant: « Toutes les personnes aveugles ou souffrant d'une maladie des yeux seront reçues dans l'établissement, très confortable, nouvellement établi à Tegernsee (Bavière). Les personnes indigentes, munies de certificats constatant leur situation, seront recueillies gratis dans l'établissement ». — Signé: Charles-Théodore, docteur en médecine.

— Un certain nombre de journaux italiens entreprennent une campagne destinée à demander au gouvernement que l'exercice de la pharmacie soit déclaré libre dans toute l'Italie.

R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie. — On annonce la mort, à Nemours, de M. le docteur Goupil des Pallières, correspondant de l'Académie de médecine depuis 1825. M. le docteur Goupil, qui était âgé de quatre-vingt-sept ans, avait épousé en secondes noces Mlle Sainte-Claire Deville, sœur des deux membres de l'Académie des sciences.

***

Faculté de médecine de Paris. — Un concours pour les emplois vacants de chef de clinique médicale s'ouvrira à la Faculté le lundi 7 juillet 1884, à neuf heures du matin. Il sera pourvu à la nomination de trois chefs de clinique titulaires et de deux chefs de clinique adjoints. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 3 juillet 1884.

Un autre concours pour les emplois vacants de chef de clinique chirurgicale s'ouvrira à la Faculté le mercredi 9 juillet 1884, à neuf heures du matin. Il sera pourvu à la nomination de trois chefs de clinique titulaires et de deux chefs de clinique adjoints. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 5 juillet 1884.

Les candidats de l'un et l'autre concours auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de trente-quatre ans au jour d'ouverture du concours. Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin ou de chirurgien des hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie.

Le registre d'inscriptions sera ouvert tous les jours de midi à trois heures.

— A. Le registre d'inscriptions pour le quatrième trimestre de l'année scolaire 1883-1884 sera ouvert le mardi 1er juillet 1884. Il sera clos le samedi 19 juillet, à trois heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi : 1o inscriptions de première année : les mardi 1er, mercredi 2, jeudi 3 et vendredi 4 juillet 1884; 2o inscriptions de deuxième année, les mardi 8, mercredi 9, jeudi 10 et vendredi 11 juillet 1884; 3o inscriptions de troisième et quatrième années, les mercredi 16, jeudi 17, vendredi 18 et samedi 19 juillet 1884.

MM. les étudiants sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté : il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription. Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et de quatrième année de doctorat, deuxième et troisième années d'officiat (soumises au stage), ne seront distribués qu'à partir du 15 juillet 1884.

MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, devront joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'interne ou d'externe. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché. Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées aux internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

Le stage hospitalier obligatoire commence en novembre, à partir de la neuvième inscription de doctorat et de la cinquième d'officiat; il se continue sans interruption jusqu'à la fin du trimestre qui suit la seizième inscription. Le nombre de jours de stage par trimestre est ainsi déterminé : premier trimestre, novembre et décembre, cinquante-six jours; deuxième trimestre, janvier, février et mars, quatre-vingt-six jours; troisième trimestre, avril, mai et juin, quatre-vingt-six jours; quatrième trimestre, juillet à octobre, cinquante-six jours. Les inscriptions pour le stage sont reçues après l'inscription de juillet (huitième de doctorat et quatrième d'officiat), à l'administration de l'Assistance publique, sur la présentation de la feuille d'inscriptions.

B. Les consignations pour examens auront lieu dans l'ordre suivant : 1o les élèves ajournés à la session de novembre 1883, au premier examen de doctorat (nouveau mode) et aux premier, deuxième et troisième examens de fin d'année (ancien mode), devront consigner les 16 et 17 juin, aux heures ordinaires. Ils seront appelés à subir leur examen du 30 juin au 5 juillet; 2o les élèves de première année (nouveau mode) qui désirent subir le premier examen de doctorat avant les vacances devront consigner les mercredi 25 et jeudi 26 juin. (Ils prendront la quatrième inscription dans la première semaine de juillet.)

Ceux qui ne consigneront pas aux dates ci-dessus indiquées seront renvoyés à la session d'octobre.

Les élèves de première, deuxième et troisième années (ancien mode) et les aspirants à l'officiat devront consigner pour les examens de fin d'année en prenant, selon le cas, la quatrième, la huitième ou la douzième inscription. En cas d'ajournement, ces élèves (ancien et nouveau mode) pourront se présenter de nouveau à la session qui aura lieu du 20 au 31 octobre prochain. Ils devront se faire inscrire le lundi 13 ou le mardi 14 octobre 1884, dernier délai. (Ces dispositions sont applicables aux élèves de première année qui ne se présenteraient pas à la session de juillet.)

C. Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 20 octobre 1884. MM. les étudiants qui auront passé avec succès le premier examen de doctorat devront se faire inscrire avant les vacances, à l'École pratique, 2, rue Vauquelin. A cet effet, le bureau du chef du matériel sera ouvert tous les jours, de midi à quatre heures, pendant la période des examens.

— Par décret en date du 12 juin 1884, M. Le Fort, professeur à la Faculté de médecine de Paris (opérations et appareils), est transféré dans la chaire de clinique chirurgicale à la même Faculté.

— M. Abel (François) est nommé préparateur d'anatomie pathologique en remplacement de M. Pourcelot, démissionnaire. — M. Doyon (Frédéric-Adolphe-Adrien) est nommé préparateur du laboratoire d'histologie naturelle, en remplacement de M. Sicard, appelé à d'autres fonctions. — M. le docteur Rebatel est chargé provisoirement des fonctions de chef de clinique des maladies syphilitiques et cutanées, en remplacement de M. Chambard, démissionnaire.

— Une session d'examens pour le baccalauréat ès lettres et pour le baccalauréat ès sciences complet et restreint s'ouvrira le 5 juillet 1884. Le registre des inscriptions sera ouvert du 10 au 26 juin pour le baccalauréat ès lettres et du 16 au 28 juin exclusivement pour le baccalauréat ès sciences, au secrétariat de la Faculté, à la Sorbonne, tous les jours de dix heures à midi; le dernier jour, il sera clos à quatre heures.

***

Faculté de médecine de Lyon. — Par décret en date du 16 juin 1884, rendu sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, M. Morat, professeur de physiologie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé professeur de physiologie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

— Par décret en date du 16 juin 1884, rendu sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, M. Teissier, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de pathologie interne à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

Faculté des sciences de Bordeaux.—Par arrêté ministériel en date du 1er juin, la décoration du Mérite agricole a été conférée à M. le docteur Alexis Millardet, professeur de botanique à la Faculté des sciences de Bordeaux.

Hôpitaux de Bordeaux. — A la suite d'un brillant concours, M. le docteur André Boursier vient d'être nommé chirurgien des hôpitaux et hospices civils de Bordeaux.

École de médecine et de pharmacie d'Amiens. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, un concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques s'ouvrira le 25 décembre 1884 à cette école. — Le registre d'inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

***

Assistance publique. — L'Assistance publique vient d'hériter d'une somme de plus de deux millions qui lui a été laissée par feu Mme la baronne Alquier.

D'après le désir de la testatrice, cette somme devra être consacrée à la création d'un nouvel hospice pour les indigents de Paris.

C'est le second legs de ce genre que l'Assistance publique reçoit depuis dix-huit mois.

On se rappelle, en effet, que M. Gallignani a disposé d'une partie de sa fortune en faveur de la création d'un nouvel hôpital.

— L'Administration de l'Assistance publique a décidé la construction prochaine, à l'hôpital Trousseau, d'un amphithéâtre pour les cours et les opérations.

— Le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique a l'honneur d'informer MM. les médecins du V° arrondissement que, le dimanche 6 juillet 1884, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin.

— Par arrêté du 31 mai dernier, M. le docteur Emile Posteau a été nommé médecin du bureau de bienfaisance du XI° arrondissement.

— Le Conseil municipal vient de décider la construction à l'hôpital des Enfants-Assistés d'une nouvelle nourricerie et de trois pavillons d'isolement pour les enfants atteints de diphtérie ou d'autres affections contagieuses.

***

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Par décret en date du 7 juin, M. le docteur Bécoulet, directeur de l'asile public d'aliénés de Dôle, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

***

NOMINATIONS. — M. Laveran, médecin-major de première classe, vient d'être nommé professeur d'hygiène et de médecine légale militaire à l'Ecole du Val-de-Grâce. (Décision ministérielle du 1er juin 1884.)

— MM. Brouardel, Hardy et Bezançon ont été désignés pour représenter le Conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine au Congrès international d'hygiène et de démographie qui s'ouvrira à la Haye le 17 août courant.

***

HERBORISATION. — M. le professeur Chatin fera une herborisation publique le dimanche 22 juin, dans les bois de Chaville-Versailles.

Le départ s'effectuera de la gare Montparnasse à onze heures, pour la station de Chaville.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON.

THÈSES DE DOCTORAT. — ANNÉE SCOLAIRE 1882-1883.

30. M. Blanc (Léon). Contribution à l'étude expérimentale des lésions du foie dans quelques empoisonnements aigus. — 31. M. Courboulis. Contribution à l'étude de la nature et de la prophylaxie de la septicémie gangréneuse. — 32. M. Arnaud. De l'érythème polymorphe fébrile. — 33. M. Parant. Traitement du trichiasis et de l'ectropion par la tarsoplastie. — 34. M. Boyer. L'albuminurie liée aux irritations cutanées. — 35. M. Magnan. Fièvre typhoïde et les bains froids à Paris. — 36. M. Thoviste. Etude sur quelques luxations rares de l'articulation tibio-tarsienne. — 37. M. Dupard. Contribution à l'étude de certains principes toxiques des urines. — 38. M. Mallen. De l'estomac au point de vue médico-légal. — 39. M. Baptiste. Des morts subites et rapides par lésions spontanées des organes abdominaux au point de vue médico-légal. — 40. M. Fouchrand. Contribution à l'étude de la physiologie pathologique de la chorée. — 41. M. Bouvat. Essai sur l'urémie délirante. — 42. M. Poirson. Contribution à l'étude des plaies de la cornée au point de vue du pronostic et des responsabilités judiciaires. — 43. M. Masson. Etude sur l'astigmatisme cornéen et la perception des couleurs chez les opérés de cataractes. — 44. M. Pellier. Contribution à l'étude médico-légale de la pendaison.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

THÈSES DE DOCTORAT. — ANNÉE SCOLAIRE 1883-1884.

1. M. Schuhl. Des grossesses extra-utérines anciennes dans leurs rapports avec les grossesses utérines subséquentes. — 2. M. Antonoff. Contribution à l'étude de l'érythème et du purpura hémorrhagique dans le rhumatisme aigu. — 3. M. Nicolas. Contribution à l'étude de l'arthrotomie antiseptique. — 4. M. Micault. Des tumeurs perlées aux doigts — 5. M. Katz. Du sphacèle des fibro-myômes de l'utérus. — 6. M. Brunschwig. Considérations sur le jéquirity, son action physiologique, ses effets thérapeutiques dans le traitement de la conjonctivite granuleuse. — 7. M. Hanriot. Des hallucinations dans la paralysie générale.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1883-1884

58. M. Carton. Les eaux de boisson à Lille. — 59. M. Godefroy. De la taille hypogastrique. — 60. M. Gros. De la propagation des inflammations de la plèvre, du péritoine, et vice-versâ. — 61. M. Champagne. Recherches expérimentales et cliniques sur l'anesthésie générale et locale par le bromure d'éthyle. — 62. M. Bilouet. Essai sur la construction des hôpitaux militaires. — 63 M. Curtis. Etude sur les épanchements sanguins enkystés du tissu cellulaire et des muscles. — 64. M. Widhent. De la nature du rachitisme. — 65. M. Legay. Développement de l'utérus jusqu'à sa naissance. — 66. M. Duponchelle. Contribution à l'étude des rétrécissements organiques de l'œsophage. — 67. M. Desmons. Du traitement des rétrécissements de l'urèthre par la dilatation immédiate progressive. — 68. M. Gœthals. Contribution à l'étude de la maladie d'Addison sans coloration bronzée.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 6 AU JEUDI 12 JUIN 1884.

Fièvre typhoïde 23. — Variole 2. — Rougeole 34. — Scarlatine 4. — Coqueluche 11. — Dipthérie, croup 46. — Dysentérie 0. — Erysipèle 6. — Infections puerpérales 11. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 40. — Phthisie pulmonaire 178. — Autres tuberculoses 14. — Autres affections générales 48 — Malformation et débilité des âges extrêmes 58. — Bronchite aiguë 21. — Pneumonie 55. — Athrepsie gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 45, — au sein et mixte 20. — Inconnu 5. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 88. — de l'appareil circulatoire 76. — de l'appareil respiratoire 65. — de l'appareil digestif 48 — de l'appareil génito-urinaire 18. — de la peau et du tissu lamineux 3. — des os, articulations et muscles 7. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 1. — Epuisement 0. — Causes non définies 3. — Morts violentes 27. — Causes non classées 3. — Total de la semaine : 956 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

PREMIÈRES NOTIONS DE BOTANIQUE pour la classe de huitième des lycées et des collèges et à l'usage des écoles primaires et de l'enseignement des jeunes filles, par Louis Crié, professeur à la Faculté des sciences de Rennes. Un joli volume in-18, cartonné toile, avec 130 figures dans le texte. — Prix : 2 fr. — Paris, librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon.

ETUDE CLINIQUE ET EXPÉRIMENTALE SUR L'ACÉTONÉMIE, par le docteur de Gennes. Un volume in-8 de 95 pages. — Prix : 2 fr. 50 — Paris, librairie Octave Doin, place de l'Odéon.

De la spermatorrhée, par le docteur A. Malécot, ancien interne des hôpitaux de Paris. Un volume in-8 de 140 pages. — Prix : 3 fr. — Paris, librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon.

La Nature vivante de la contagion. — Contagiosité de la tuberculose. Leçons de pathologie comparée faites au Muséum d'histoire naturelle, par H. Bouley, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, inspecteur général des Écoles vétérinaires, etc. Un beau volume in-8. — Prix : 8 fr. — Paris, Asselin et Cie, libraires de la Faculté de médecine, place de l'École-de-Médecine.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur A. Dechambre, avec la collaboration d'un très grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de la marine. — La première partie du tome XX de la 2e série, la première partie du tome X de la 4e série, la deuxième partie du tome XIII de la 3e série, contiennent les principaux articles suivants : Goutte, par M. H. Rendu. — Palpation, par M. H. Barth. — Panaris, par M. Polaillon. — Pancréas, par M. Arnozan. — Pansement, par MM. Chauvel et Bousquet — Suppuration, par M. Hénoque. — Surdi-mutité (surdité), par M. Ladreit de la Charrière. — Paris, Asselin et Cie, libraires de la Faculté de médecine, place de l'École-de-Médecine.

Nélaton. — Éléments de pathologie chirurgicale, deuxième édition, très augmentée, tome VI, 1er fascicule. — Affections de l'appareil génito-urinaire de l'homme. — Revu par les docteurs Desprès, Gillette et Horteloup. Un fort vol. gr. in-8 avec figures dans le texte. — Prix : 9 fr. — Paris, Félix Alcan, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain (ancienne maison Germer Baillère et Cie). — Le deuxième fascicule du tome VI terminant l'ouvrage paraîtra au mois d'août 1884.

Vaccine et Variole. — Contribution a l'étude de leurs rapports, par le docteur Herbet. In-8 de 94 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

De la pince a os et du cranioclaste, par le docteur A. Auvard, ancien interne des hôpitaux et de la Maternité de Paris. Un vol. grand in-8 de 260 pages avec 45 figures dans le texte. — Prix : 5 fr. — Paris, librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon.

De l'alcool, sa combustion, son action physiologique, son antidote, par le docteur Jules Jaillet, ancien chef du laboratoire de thérapeutique de la Faculté de médecine de Paris. Un volume in-8 de 180 pages. — Prix : 4 fr. — Paris, librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon.

Schéma du développement du produit de la conception et calendrier de la grossesse, par le docteur A. Lacassagne, professeur de médecine légale à la Faculté de Lyon. Imprimé sur papier-carte, des deux côtés, en couleurs variées, format de poche pour portefeuille, avec coins arrondis dorés, renfermé dans une enveloppe imprimée donnant la désignation ci-dessus énoncée. Indispensable à tous les médecins accoucheurs, sages-femmes et médecins légistes, etc., etc. — Prix : 50 centimes. — Paris, librairie médicale Jacques Lechevalier, 23, rue Racine.

Les eaux de mer thermales de Salins-Moutiers (Savoie). Deuxième édition revue et augmentée, par le docteur C. Laissus, médecin inspecteur des eaux de Salins-Moutiers. — Imprimerie et librairie F. Ducloz, Grande-Rue et rue Cardinal, à Moutiers.

Recherches sur les solanum des anciens, par le docteur Imbert-Gourbeyre, professeur à l'École de médecine de Clermont-Ferrand. In-8 de 136 pages. — Prix : 3 fr. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION:
Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;
Membres : MM. les Drs **J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN**;
Secrétaire : M. le Dr **E. RICKLIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** Place Saint-Michel, 4.

CLINIQUE MÉDICALE

Recueils de faits

ERYTHÈME INFECTIEUX DANS LE COURS D'UNE BLENNORRHAGIE, par F. BALZER.

La question des érythèmes d'origine infectieuse a été l'objet de nombreuses publications dans ces derniers temps. Les observations publiées dans les thèses et dans les bulletins des sociétés savantes sont habituellement très différentes les unes des antres; mais le moment approche évidemment où tous ces matériaux pourront être rassemblés pour une étude d'ensemble et un classement rationnel. Le fait suivant, en raison de la netteté des caractères qu'il a présentés, nous a paru devoir être publié :

Georges Gustave, âgé de 20 ans, journalier, est envoyé le 5 février 1884 au pavillon de l'isolement de l'hôpital Saint-Louis, comme étant atteint de variole.

Il est malade depuis le 30 janvier; il a en d'abord une violente courbature avec rachialgie, céphalalgie intense et anorexie complète, en même temps léger coryza et conjonctivite; pas de diarrhée, pas d'épistaxis.

5 février. — Au moment de son entrée, on reconnait tout d'abord que le malade n'a évidemment pas la variole. Il présente un facies typhique accentué; il a un grand abattement. La langue est sèche, rôtie, le pouls fréquent. La température s'élève à 40°,2 le soir.

Une éruption érythémateuse se voit tout le corps, sauf la plante des pieds et la paume des mains, etc., laissant toutefois dans les autres régions des intervalles de peau saine. Au membre inférieur, l'éruption est surtout intense à la partie supérieure des cuisses et sur les fesses. Elle est moins forte aux membres supérieurs; elle se montre jusque sur le dos des mains et même à la face dorsale des premières phalanges. Elle est plus discrète sur le tronc et sur la face.

Cette éruption est constituée par des papules rouges, saillantes, habituellement arrondies, de largeur très variable. Isolées et disséminées en certains points, elles sont ailleurs groupées en demi-cercles. Il y a un certain degré de chaleur à la peau, mais pas de prurit. C'est sur les fesses que les papules offrent la teinte la plus rouge; la pression efface la rougeur avec facilité.

En même temps le voile du palais, le palais et l'isthme du gosier sont aussi le siège d'un érythème assez vif. Le malade a une conjonctivite avec hypérémie assez accusée.

Gargouillements dans les fosses iliaques; pas de diarrhée. La rate est augmentée de volume.

Râles sibilants et ronflants à l'auscultation de la poitrine. Rien au cœur.

En comprimant le canal de l'urèthre, on constate l'existence d'un suintement purulent assez abondant. Cette blennorrhagie, dont le malade ignorait absolument l'existence, n'a pas été traitée; le malade n'a pris ni cubèbe, ni copahu. Albumine dans les urines en quantité très notable.

On ne trouve aucune trace de syphilis; le malade nie avoir eu un chancre.

6 février. — T. axillaire : M. 39°,2; S. 39°,8.

7 février. — M. 39°,4; S. 40°,4.

8 février. — L'éruption occupe les mêmes sièges; elle paraît plus vive qu'hier; elle est un peu plus abondante sur le ventre. Le malade se plaint surtout d'une céphalalgie très vive et d'une sécheresse très grande de la gorge, qui offre l'aspect déjà décrit.

M. 39°,6; S. 40°,2.

9 février. — L'éruption est restée stationnaire. Même abattement que le 8. Toujours gargouillement de la fosse iliaque, râles ronflants et sibilants de bronchite; quelques crachats sanguinolents paraissant venir des fosses nasales.

M. 39°,8; S. 39°,8.

10 février. — Même état de l'éruption. Le malade, qui avait toujours jusqu'à présent des nuits fort agitées, a bien dormi. L'urine ne contient plus d'albumine.

M. 39°,6; S. 39°,8.

11 février. — L'éruption s'éteint un peu; elle prend une teinte plus pâle. Elle est toujours plus vive sur les cuisses que partout ailleurs. Etat typhique plus prononcé qu'hier, langue sèche, conjonctives injectées. Paupière supérieure gauche rouge et un peu œdématiée.

M. 39°,4; S. 39°,6.

12 février. — Même état typhique. Les taches, qui font toujours saillie, perdent de plus en plus la vivacité de leur teinte. Sur le ventre, les membres, la figure, elles sont très pâles, tandis que sur les deux régions fessières elles ont encore un éclat très vif.

M. 39°,2; S. 39°,8.

13 février. — Facies très typhique; langue absolument sèche. L'éruption n'a pas changé depuis hier.

M. 38°,6; S. 39°,6.

14 février. — Facies moins abattu. Le malade se sent mieux. Langue toujours très sèche; pas d'appétit.

Moins de râles dans la poitrine. L'éruption tend de plus en plus à s'éteindre.

M. 38°,6; S. 39°,2.

15 février. — Pour la première fois, la langue est humide; la gorge est toujours un peu rouge. Plus de gargouillement dans la fosse iliaque.

M. 38°,2; S. 38°,6.

16 février. — L'état général continue à s'améliorer. Une légère desquamation se montre sur la face et sur les mains. L'éruption disparait presque complètement; elle se montre toujours très nette sur les fesses. La rate est normale L'albumine n'a pas reparu dans les urines. L'écoulement uréthral, qui s'était presque arrêté pendant le cours de l'affection, se montre bien plus abondant.

M. 37°,4; S. 37°,6.

17 février. — La desquamation se continue sur la figure et les mains.

M. 36°,4; S. 37°,2.

18 février. — Le malade a grand appétit; il est en pleine convalescence.

Température normale matin et soir.

26 février. — On donne du copahu pour arrêter l'écoulement. Aucune éruption ne se produit à la suite de l'administration du médicament.

2 mars. — Le malade sort parfaitement guéri L'écoulement est en voie d'amendement sous l'influence du copahu.

Nous n'avons pas besoin d'insister beaucoup pour faire ressortir les difficultés que présentait le diagnostic au moment de l'entrée de ce malade dans le service. La variole et la scarlatine devaient être éliminées sans discussion. Nous hésitions surtout entre une rougeole un peu anomale et papuleuse et une fièvre typhoïde compliquée d'érythème.

Mais les commémoratifs très précis à cet égard nous apprenaient que le malade avait eu la rougeole à Metz à l'âge de neuf ans. D'autre part, il avait eu, à l'âge de dix-huit ans, la fièvre typhoïde pour laquelle il avait été soigné à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Charles. La durée de la maladie à cette époque, le traitement employé, le souvenir des taches rosées resté présent à l'esprit du malade, ne laissaient aucun doute.

En supposant que nous eussions admis d'abord l'hypothèse d'une récidive de fièvre typhoïde, la marche des symptômes et de la température, la guérison rapide presque sans convalescence, nous auraient detrompé. Ces éruptions, étudiées par Raymond et Nélaton, par Maurice Raynaud, Kéromnès (Th. de Paris, 1881), par Reynaud (Th. de Paris, 1881), Hanot, Bouchard, etc., etc., peuvent se présenter d'ailleurs avec des caractères très analogues à ceux que nous avons décrits.

Enfin faudrait-il penser qu'il s'agissait d'un cas de ruhéole (Rœtheln)? Sans nous attarder à la discussion de ce diagnostic, nous ferons simplement observer que notre observation ressemble bien peu à celles qui ont été publiées dans ces dernières années sur ce sujet.

Nous croyons plus volontiers qu'il s'agit d'une véritable infection se traduisant par un état typhoïde prononcé, de l'albuminurie, et des poussées d'érythème du côté de la peau et des muqueuses. Quant à l'origine de cet état infectieux, nous nous demandons s'il ne faut pas l'attribuer à la blennorrhagie dont notre malade était affecté. L'érythème noueux s'observe, comme on le sait, dans le cours du rhumatisme blennorrhagique. Notre malade n'a présenté aucune manifestation du côté des jointures; mais il ne nous paraît nullement irrationnel d'admettre que des accidents semblables à ceux que nous avons décrits puissent se produire au cours de la blennorrhagie. C'est, du reste, une explication que nous ne faisons que proposer, en rappelant les faits déjà publiés sur ce sujet par MM. Landouzy et Ballet (GAZ. DES HOPITAUX, 1882, p. 873).

FRACTURE DU COL DU FÉMUR AVEC PERSISTANCE ANORMALE DES MOUVEMENTS PENDANT TREIZE JOURS. — FEMME DE CINQUANTE-QUATRE ANS, ALCOOLIQUE ET AORTIQUE. — ASYSTOLIE. — MORT. — AUTOPSIE, par M. PAUL BERTHOD, interne des hôpitaux.

Long..., âgée de cinquante-quatre ans, entre le 16 mars 1884 à l'hôpital de la Pitié, salle Gerdy, no 1, dans le service du docteur Polaillon.

Elle ne peut nous fournir aucun renseignement sur ses parents pour ses antécédents personnels, notons que, mariée à quinze ans et veuve à seize, elle fut toujours réglée d'une façon irrégulière, tous les deux ou trois mois seulement; qu'elle n'a jamais eu d'enfants, et enfin, chose importante dans ce cas particulier, qu'elle a été longtemps marchande de vin, et, de fait, elle présente toutes les allures d'une alcoolique renforcée.

Le 16 mars, elle est heurtée dans la rue par des enfants, tombe sur le grand trochanter, entend un craquement, ne peut se relever et est transportée à l'hôpital.

La malade présente l'aspect d'une femme vieille avant l'âge; elle a cinquante-cinq ans et en paraît soixante-dix; les cheveux sont blancs; arc sénile très prononcé.

L'appétit est nul ou à peu près; la langue, blanche et chargée, présente sur sa face dorsale un angiome de la forme et des dimensions d'une amande.

La respiration se fait assez bien.

Léger degré d'emphysème, avec quelques râles muqueux.

Le pouls est irrégulier, fréquent (106); les artères radiales sont athéromateuses; léger retard du pouls gauche par rapport au droit.

Le cœur ne paraît point hypertrophié, les signes fournis par la percussion sont du reste masqués par l'emphysème des régions antérieures du poumon.

L'auscultation de la pointe est négative, mais à la base et au foyer de l'orifice aortique on perçoit un souffle au second temps, râpeux, caractéristique de l'insuffisance aortique.

Ce souffle se prolonge dans l'aorte et jusque dans la région du dos (aorte thoracique); il y prend le caractère systolique et indique une aortite intense.

Notons aussi que la malade présente, au niveau des deuxième et troisième côtes droites, une voussure douloureuse, due vraisemblablement à une dilatation sous-jacente de l'aorte. Du reste, la malade dit avoir des palpitations depuis deux ans.

Au niveau du grand trochanter droit, on observe une légère ecchymose; la pointe du pied droit est déviée en dehors.

A la mensuration, on trouve à droite un raccourcissement d'un centimètre et demi.

La percussion du grand trochanter, celle des condyles fémoraux du talon, ne sont point douloureuses.

La malade soulève assez facilement son membre inférieur droit, mais la pression en avant et en arrière du col, immédiatement en dehors de la tête, est très douloureuse.

La miction est normale. — Pas d'albumine dans les urines.

Diagnostic. — Contusion de la hanche. — Fracture probable.

TRAITEMENT. - Repos. — Résolutifs.

18 mars. — La pointe du pied se détache facilement du plan du lit.

Les signes locaux sont moins nets; on lui recommande de se lever pour éviter la formation d'une eschare, quise produit néanmoins le 20.

Pansement de l'eschare au sucre; même traitement.

27 mars. — L'état local est le même, mais la malade s'alimente avec peine.

Bronchite généralisée. — Arythmie cardiaque.

Potion Todd. — Quinquina avec XX gouttes teinture de digitale.

La température cependant reste normale.

Même pansement de l'escbare.

29 mars. — La malade ne s'est point levée hier; elle se sent fatiguée, et ce matin on a perçu de la crépitation très nette.

1er avril. — La toux devient très fréquente. — Dyspnée. — Arythménie prononcée du cœur.

Todd. — Ventouses sèches.

3 avril. — L'eschare augmente de dimension; gros râle muqueux confluent dans toute la poitrine. — Murmure asystolique. — Muguet buccal.

TRAITEMENT. — Todd. — Potion à l'extrait de quinquina, teinture de digitale XX gouttes. — Ventouses sèches. — Eau de Vichy.

Température : 36°2.

4 avril. — Délire persistant. — Murmure asystolique. — Température : 36°4.

L'état général s'aggrave de jour en jour, et malgré le traitement la malade succombe le 11 avril.

L'autopsie est pratiquée cinquante-neuf heures après la mort; la rigidité cadavérique a presque complètement disparu.

On constate une eschare considérable à la région sacrée.

Rappelons à ce propos que deux jours avant sa fin la malade perdait ses urines et ses matières fécales.

Thorax. — Les plèvres sont adhérentes aux sommets des deux poumons.

Ceux-ci présentent une teinte ardoisée; leur consistance est accrue, surtout en haut; spumes abondantes dans les bronches.

Le tissu pulmonaire, jeté dans l'eau, y surnage.

En résumé, signes de bronchite chronique généralisés avec noyaux emphysémateux.

Cœur. — L'artère pulmonaire et ses branches sont remplies de gros caillots.

L'aorte est considérablement dilatée dans toute son étendue; elle est entièrement athéromateuse, crétacée. Cette apparence est aussi celle des gros troncs qui naissent de l'aorte.

Le cœur, très hypertrophié, pèse 495 grammes; il est rempli de caillots noirâtres.

Les parois au niveau du ventricule droit en sont molles et difluentes.

La valvule tricuspide est dilatée, mais les valves en ont conservé leur poli naturel.

Même apparence de l'orifice pulmonaire.

Le ventricule gauche est dilaté, très hypertrophié.

La valvule mitrale présente un léger dépôt; les valvules semilunaires de l'aorte sont indurées; de plus, l'orifice aortique est considérablement dilaté et mesure 9 centimètres de circonférence.

Les oreillettes droite et gauche, très dilatées, sont encombrées de caillots.

Le péricarde est sain et contenant seulement 60 grammes environ de sérosité cadavérique.

Abdomen. — Le foie (1 kilogr. 475 gr.) présente les caractères du foie cardiaque; la capsule de Glisson se détache avec la plus grande facilité.

Rate (190 gr.), très friable indépendance de la capsule.

Reins (130 gr. 140) légèrement congestionnés.

Rien de particulier à la coupe.

Rien de particulier à noter le long du tube digestif.

Les organes génitaux sont normaux, si ce n'est que l'utérus est d'une petitesse remarquable; il pèse 12 grammes.

On procède ensuite à l'examen de la fracture par la désarticulation de la hanche (opération rendue difficile par la fracture) ce qui permet de reconnaître une fracture esquilleuse complète intracapsulaire du fémur.

Les deux fragments sont complètement séparés, si ce n'est à la partie antérieure, où ils sont encore en contact, grâce à un pont de tissu fibreux.

La capsule articulaire, surtout en avant, est remarquable par son épaisseur, et dans son tissu on sent des épaississements, indices probablement d'une ancienne arthrite sèche.

Le cartilage de la tête paraît aminci et présente en certains endroits de légères excoriations.

Dans l'observation précédente, deux points nous paraissent surtout dignes de fixer l'attention :

A. *Le peu de retentissement fonctionnel relativement très long de la fracture.*

S'il n'est point rare de voir les mouvements persister dans une certaine limite à la suite de fractures du col fémoral, en raison de la présence d'un pont de tissu fibreux le plus souvent formé aux dépens de la partie antérieure de la capsule articulaire, il n'en est pas moins vrai qu'il est peu fréquent de voir ces mouvements durer aussi longtemps (13 jours), surtout alors que l'autopsie fait reconnaître une fracture esquilleuse avec broiement de l'os.

B. *Le mécanisme de sa production.*

Les lésions du cartilage de la tête doivent aussi fixer l'attention. Ne seraient-elles point l'indice, le dernier témoin d'une lésion ancienne articulaire et sans doute aussi osseuse (probablement arthrite sèche), qui aurait contribué à détruire l'architecture de l'os en diminuant sa résistance, de manière à le rendre fragile au moindre traumatisme? N'y aurait-il pas dans cette lésion une véritable prédisposition à la fracture?

PATHOLOGIE & THÉRAPEUTIQUE MÉDICALES

RÔLE PATHOGÉNIQUE DE L'ALTÉRATION ÉPITHÉLIALE DE LA MUQUEUSE INTESTINALE DANS LE CHOLÉRA, par A. NETTER, bibliothécaire à la Faculté de médecine de Nancy.

On sait que le principal caractère anatomo-pathologique du choléra consiste dans l'immense quantité de débris épithéliaux de la muqueuse du tube digestif, les uns *en suspension* dans le liquide intestinal, les autres réunis dans l'*enduit* qui recouvre la surface de la muqueuse, couche adhérente et offrant quelquefois un millimètre d'épaisseur. (Voir, pour le degré de cette épaisseur, Bouillaud, *Traité de nosographie médicale*). Et, remarque non encore faite, les débris épithéliaux qu'on voit, dans les autopsies, en suspension dans le liquide, doivent, durant la vie du cholérique, s'être déposés par-dessus l'enduit, du moins immédiatement après la cessation des vomissements et des selles, le tube digestif étant alors en état d'inertie; car à l'autopsie « si l'on recueille dans « un bocal de verre, une certaine quantité de ce liquide, il se « forme promptement un dépôt abondant sous forme de masse « blanchâtre ». (Bouillaud.)

Ces simples constatations, rapprochées des résultats immédiats que donnent les injections d'eau dans les veines, suffisent pour expliquer les faits les plus saillants de la période algide.

Voici un cholérique dans la prostration algide, vomissements et selles ayant cessé, et chez qui le sang, par suite du

départ du sérum, se trouve comme figé dans les veines, en même temps que la plupart des tissus sont *en état de dessiccation* ; évidemment la réaction, c'est-à-dire le *rétablissement de la circulation avec humectation des tissus*, ne pourra s'établir qu'autant que l'eau arrive des endroits du corps où il s'en trouve en trop et, comme on le sait encore, c'est seulement dans le tube digestif qu'alors il en existe une accumulation.

Dans cet état des choses et, vu certaine loi qui régit l'absorption intestinale, loi d'après laquelle les cellules épithéliales qui meurent, tombent aussitôt dans le tube digestif, on comprend le rôle fâcheux, néfaste d'une couche de débris épithéliaux interposés entre le liquide intestinal et les cellules encore vivantes qui doivent en absorber la partie aqueuse. Il faut alors que celle-ci filtre à travers les débris épithéliaux, et naturellement la *vitesse* de la filtration doit dépendre, d'une part, de l'épaisseur de la couche interposée et de son degré de consistance ; d'autre part, de la quantité du liquide accumulé dans l'intestin, liquide *pesant, pressant* sur la couche des débris épithéliaux.

La couche qui doit être traversée est-elle d'épaisseur et de consistance médiocres, et, coïncidence heureuse, se trouve-t-elle sous la pression d'une collection considérable du liquide intestinal, la filtration sera active, précipitée, et l'on aura, avec la fluidification immédiate du sang, le cas de la réaction prompte. Qu'au contraire, dans le tube digestif, un liquide médiocrement abondant baigne une couche épaisse et résistante de débris, filtration et réaction seront lentes à proportion.

Dans ce qui vient d'être dit, il n'y a ni spéculation théorique, ni la moindre hypothèse, l'état de dessiccation des tissus dans la période algide étant un fait, et il en est de même pour les autres données posées, fluidité du sang dans la réaction, etc.

Ces heureux effets de la rentrée de l'eau dans le sang n'ont rien qui doive surprendre si l'on considère les merveilleux résultats que l'on obtient avec les injections pratiquées dans les veines ; à la vérité, on a le plus souvent injecté des liquides complexes, eaux alcalines, sang, lait..., mais, comme en dernier lieu, le succès de Lorain a été dû à l'eau seule, il y a lieu d'admettre que les autres liquides employés ont uniquement agi en tant qu'injections aqueuses. Un cholérique est arrivé presque au maximum de la cadavérisation, il paraît près d'expirer, on lui pratique une injection dans les veines, et... laissons parler M. Dujardin-Beaumetz : « Dans tous les « cas d'injection, nous voyons une amélioration très notable « se produire. Le malade agonisant renaît à la vie ; il reprend « connaissance ; il parle, il voit et reconnaît les siens. La cir- « culation reparaît (a reparu) ; la température se relève, les « sécrétions se rétablissent... Rien de plus étonnant que cette « résurrection. » (Bull. de la Soc. de méd. des hôp. de Paris, 1873.)

Non, répéterai-je, cette résurrection n'a rien qui doive surprendre, car déterminée à l'agonie par une injection d'eau dans les veines, elle est le même fait que la réaction survenant dans la cadavérisation cholérique à la suite de la rentrée de l'eau intestinale dans le sang. Dire résurrection, c'est dire réaction brusque ; dire réaction, c'est dire résurrection lente. Résurrection et réaction, deux faits l'un à l'autre identiques autant qu'en météorologie, brouillards et nuages.

Mais, demandera-t-on, pourquoi d'ordinaire les résurrections expérimentales ne sont-elles que temporaires ? La réponse est facile. L'eau injectée dans la circulation ne tarde pas à y disparaître, se consommant d'abord dans l'humectation des tissus tout à l'heure si desséchés, puis dans toutes les sécrétions et exhalaisons qui se rétablissent, sudorales, trachéo-pulmonaires, synoviales, péritonéales, rénales..., sans compter les cas où vomissements et selles reparaissent. (Voir, pour ce dernier mécanisme, les remarquables expériences de Colson. Bull. de l'Acad. de méd., 1866.) Durant la résurrection, les sécrétions s'étant rétablies, comme on vient de le voir dans le passage rapporté de M. Dujardin-Beaumetz, il va de soi que la résurrection peut seulement être temporaire, à moins toutefois qu'on ne répète les injections.

« La quantité de liquide injecté, a encore dit M. Dujardin- « Beaumetz, est aussi un point fort important, et l'on peut « voir, par les observations, quelles quantités énormes de « liquides les médecins anglais ont injectées dans les veines « des cholériques. L'une des observations, la plus curieuse à « coup sûr, est l'observation XIV où la guérison a été obtenue « en injectant, en 13 heures, 13 k. 140 de solution saline. « D'ailleurs, dans le plus grand nombre de guérisons obser- « vées, on voit qu'elles ont été obtenues par des injections « souvent répétées de 1,000 à 1,500 grammes de liquide..... » Est-ce qu'ainsi, demanderai-je, on ne restitue pas, au fur et à mesure, à la circulation, l'eau qui s'épuise dans l'humectation des tissus et dans les nombreuses sécrétions rétablies ?

A la vérité, Lorain a ressuscité son malade définitivement rien qu'avec une injection de 400 grammes ; oui, mais immédiatement après l'injection, *il l'avait laissé boire énormément*. Cela résulte de certains détails de son récit, ainsi que je l'ai déjà fait ressortir dans mon livre : *Vues nouvelles sur le choléra*, 1874. En effet, le moribond de M. Lorain, *ayant été pesé* avant l'opération, offrit 71 kilogrammes. Dans la nuit qui suivit, la peau devint *moite* ; la respiration devint *ample*..... Six heures après l'injection faite, le ressuscité *vomit abondamment* ; dès le lendemain, il put se lever seul et rester assis, ce qui implique *le retour de la sérosité dans toutes les articulations et dans les interstices des muscles*... Et alors, remis sur la balance, voici qu'on lui trouve, malgré toutes ces déperditions, au lieu de 71 kilogrammes de la veille, 71 k. 450. « Le poids du malade, a dit M. Lorain lui-même, a augmenté de 450 grammes, *parce qu'il buvait plus qu'il n'excrétait*. » Et ainsi il se trouve démontré qu'ici les déperditions ont été réparées par la filtration de l'eau intestinale à travers la couche des débris épithéliaux, à moins de croire que chez ce moribond sauvé dans son agonie, la muqueuse ne s'est point trouvée recouverte de débris épithéliaux, supposition inadmissible, car les altérations anatomo-pathologiques qu'on constate dans les autopsies doivent pour le moins exister dans les moments où la mort paraît imminente.

Mais c'est à un autre point de vue que ce brillant succès de M. Lorain est particulièrement significatif. Supposons qu'une fois l'injection faite, ce praticien, à l'exemple d'autres médecins, eût interdit les boissons dans la crainte de provoquer le retour des vomissements, évidemment son malade serait retombé dans l'algidité, car les 400 grammes injectés se seraient bientôt épuisés dans l'humectation des tissus et dans le fonctionnement des sécrétions, et forcément le sang se serait de nouveau figé dans les veines.

Revenons à la filtration intestinale. Il y a lieu d'admettre que celle-ci ne manque jamais de s'établir aussitôt que les vomissements et les selles ont cessé, car la réaction, comme

on le sait, fait bien rarement défant, même dans les cas dits fondroyants; or réaction, ne l'onblions pas, signifie circulation du sang, liquéfaction du sang, retour de l'eau dans le sang. Ajoutons que, si les autopsies nous montrent foie, rate, péritoine et tant d'autres organes dans l'état de dessiccation, il n'en est pas de même des parois intestinales qui sont humides dans toute leur épaisseur, le plus souvent même œdématiées; or, cet œdème pourrait bien être un effet de la filtration qui a commencé à s'établir, en d'autres termes, la présence de l'eau se trouve constatée de l'un comme de l'autre côté du filtre épithélial.

De la première période du choléra je passe à la seconde. On sait que dans celle-ci les autopsies n'offrent plus trace de l'enduit épithélial.

Explication. — La partie aqueuse du liquide intestinal, ayant longuement filtré à travers l'enduit, a fini par dissocier les débris épithéliaux dont cet enduit se compose et qui, tombant dans le canal intestinal, auront été expulsés avec quelques dernières selles. Rappelons l'opinion d'après laquelle la seconde période du choléra ne serait plus le choléra proprement dit, mais seulement une suite de l'atteinte, opinion déjà accréditée en 1832 : « Dans le peu de temps que le choléra « dure, a dit alors Littré, s'il ne se termine ni par la santé ni « par la mort, il jette dans l'organisme assez de perturbations « pour qu'il en naisse des affections nouvelles d'un tout autre « caractère et qui n'ont de commun avec lui que l'extrême péril qui elles jettent les malades. C'est là ce que les médecins « ont appelé la seconde période du choléra, mais à tort, car il « ne reste plus un seul de ses symptômes. » (Littré, *Traité du choléra*, 1832.)

Il reste à remonter à la cause même de l'altération épithéliale, je veux dire au mode d'action de l'agent contagieux ou ferment cholérique. Dans l'une des deux hypothèses controversées dans la science, dans celle de la localisation et de la multiplication du ferment exclusivement dans le tube digestif, le mécanisme pourrait être le suivant. En même temps que le ferment, se multipliant sur la muqueuse intestinale, entamerait et détruirait les épithéliums, en même temps ceux-ci de leur côté se multiplieraient extraordinairement, de sorte que le nombre de ceux qui en meurent serait de plus en plus considérable, et de là la quantité immense des débris épithéliaux. Ainsi s'expliquerait pourquoi, dans les autopsies de la seconde période, non seulement l'enduit a disparu, mais pourquoi aussi la destruction des épithéliums ne laisse pas à sa suite des ulcérations superficielles, des exulcérations : les épithéliums n'ayant pas cessé de se multiplier, tous les vides ont dû se combler.

Quoi qu'il en soit de ce dernier côté de la question, mon exposé du rôle pathogénique de l'altération épithéliale de la muqueuse ne fait que traduire un ensemble de faits positifs, absolument certains : épaississement du sang et état de dessiccation des tissus, — fluidification du sang au moment de la réaction, — retour de l'eau du seul endroit du corps où il en existe une collection, — obstacle apporté à ce retour par l'enduit épithélial de l'intestin, — nécessité d'une filtration à travers l'enduit...

Ces constatations aboutissent aux indications pratiques suivantes :

1° Revenir au traitement jadis traditionnel, aux quantités énormes de boissons délayantes, au lavage de Sydenham. Si dès le début de la maladie on laisse le sujet boire à sa soif qui est inextinguible, les débris épithéliaux sans cesse délayés, seront expulsés avec les déjections, et la muqueuse sera au fur et à mesure débarrassée de l'enduit qui tend à y adhérer.

2° A l'arrivée du médecin, un cholérique algide se trouve-t-il déjà dans l'état de prostration, le praticien emploiera le même traitement, afin d'augmenter la pression du liquide intestinal sur la couche des débris épithéliaux et activer, précipiter ainsi la filtration. (Pour l'efficacité de cette médication dans nos épidémies modernes, voir mes multiples publications sur le choléra.)

3° Dans le cas où, à l'arrivée du médecin, le malade algide est ou semble à l'agonie, on fera une injection d'eau dans les veines ; mais aussitôt la résurrection obtenue, on administrera coup sur coup les boissons aqueuses, afin de réparer les déperditions d'eau qui vont se produire par le rétablissement de toutes les fonctions.

4° Dans l'ensemble de la thérapeutique du choléra, on appliquera rigoureusement le traitement autrefois traditionnel ; exclusion de toute drogue tant soit peu active, et, selon ma formule, *administration, coup sur coup, d'énormes quantités de boissons aqueuses (20, 30 litres dans les 24 heures)*. « On « doit chercher, a dit Tissot, à noyer la bile âcre (lisez à noyer « les débris épithéliaux par des torrents de la boisson la plus « adoucissante. On donnera *continuellement* au malade, en « boissons et en lavements, soit de l'eau d'orge, soit de l'eau « coupée avec un huitième de lait (je préfère la décoction « d'orge, mêlée d'eau gazeuse, donnée à la température ordi- « naire, c'est-à-dire ni chaude ni froide). La furie du mal s'ar- « rête un peu au bout de cinq à six heures ; mais il ne faut « point, pendant ce calme, se relâcher pour le remède ; car le « mal revient bientôt après avec beaucoup de force, et ce re- « tour ne change rien au traitement. *Si l'on veut se laisser « effrayer* par la quantité des évacuations et qu'on veuille les « arrêter trop tôt par de la thériaque, de l'eau de menthe, de « l'opium, il arrive de deux choses l'une : ou l'on aigrit le « mal, ou, si l'on réussit à arrêter les évacuations, on jette le « malade dans un état plus dangereux. »

Rappelons que cette énergique recommandation du médecin de la fin du siècle dernier ne fait que préciser la pratique antérieure, traditionnelle depuis Hippocrate.

Nota. — Dans un mémoire sur le choléra, adressé à l'Académie des sciences pour la séance du 17 mars 1884, j'ai proposé de substituer au besoin à l'injection d'eau dans les veines une injection d'eau dans la cavité péritonéale.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. De l'antipyrine, un nouveau médicament antipyrétique, par le professeur Filehne (d'Erlangen) (1). — II. De l'action physiologique de l'antipyrine, par P. Guttmann (2). — III. Idem, par Falkenheim (3). — IV, L'antipyrine, le plus récent antipyrétique, par le docteur F. May (4). — V. De la valeur thérapeutique de l'antipyrine, par le docteur C. Rank (5). — VI. Valeur des injections hypo-

(1) Zeitschrift für Klin. Medicin, t. VII, fasc. 6, p. 641.
(2) Berliner Klin. Wochenschrift, 1884, n° 21.
(3) Ibidem, n° 24.
(4) Deut. medic. Wochenschrift, 1884, nos 24, 25 et suiv.
(5) Ibidem, n° 24.

DERMIQUES DE QUININE POUR ÉTABLIR LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ENTRE LA FIÈVRE PALUDÉENNE, LA FIÈVRE TYPHOÏDE ET D'AUTRES FIÈVRES, par le docteur ANNIBALE ARZELA (1). — VII. NOTE SUR L'EMPLOI DE L'ACIDE OSMIQUE DANS LE TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE, par le docteur WILDERMUTH (2). — VIII. UN NOUVEAU PROCÉDÉ POUR ABAISSER LA TEMPÉRATURE CORPORELLE, par le professeur PREYER (d'Iéna) (3).

Le nom d'antipyrine a été donné par le professeur Filehne (d'Erlangen) à un nouvel alcaloïde dérivé de la chinoline, et que M. L. Knorr est parvenu à réaliser récemment par voie de synthèse. L'antipyrine se présente sous forme d'une poudre blanche cristalline, très soluble dans l'eau, d'un goût peu prononcé, très supportable, que l'on corrige facilement par l'addition de vin, d'aromes. Cette substance, d'après les observations faites par les cinq médecins dont nous allons analyser ici les recherches, est douée d'une action antipyrétique très puissante. D'après M. Filehne, avec une dose totale de 5 à 6 grammes administrés en trois prises espacées d'heure en heure (les deux premières prises de 2 grammes chacune, la troisième de 1 ou 2 grammes), on obtient constamment, même dans les cas de fièvre très élevés, un abaissement de température considérable. L'effet antipyrétique dure habituellement de sept à neuf heures; quelquefois sa durée va jusqu'à dix-huit et vingt heures. La température remonte progressivement sans que le malade soit pris de frisson, presque toujours sans sueur. La fréquence du pouls suit une marche parallèle à celle de la température. L'urine, sous l'influence de la médication, ne devient pas albumineuse, ne subit pas de changement de couleur appréciable. M. Filehne recommande d'administrer l'antipyrine en solution aqueuse additionnée de vin ou d'eau de menthe. Chez les enfants, on emploiera des doses moitié moindres que chez les adultes.

Les résultats annoncés par M. Filehne se trouvent confirmés par les observations de M. P. Guttmann, et de M. Falkenstein. Le premier a expérimenté l'antipyrine dans 27 cas d'affections fébriles très variées (pneumonie, fièvre typhoïde, scarlatine, fièvre récurrente, érysipèle de la face et de la cuisse, variole, rougeole, pleurésie, phlegmon du bras, phtisie pulmonaire). Sous l'influence de l'antipyrine administrée par prises de 2 grammes, au nombre de deux ou trois, la température fébrile, dit M. Guttmann, s'abaisse d'une façon continue et progressive; déjà, une heure après la première prise, la température a baissé d'un demi-degré. L'abaissement total est de 2 à 3 degrés centigrades et s'observe trois, quatre, exceptionnellement cinq heures après l'ingestion de la première prise; la température met ensuite de dix à vingt heures à remonter à son niveau primitif. M. Guttmann insiste aussi sur l'absence de frisson au moment où la température se relève; cette circonstance constitue en faveur de l'antipyrine une réelle supériorité sur la kaïrine, médicament antipyrétique très puissant, d'introduction récente en thérapeutique, mais dont la puissance d'action est contrebalancée par la brusquerie des effets produits et par la violence des phénomènes de réaction. La même remarque est faite par M. Falkensheim qui a vu, chez des malades en traitement dans le service du professeur Naunyn (de Kœnigsberg), la température fébrile descendre jusqu'à 34°,8 dans l'aisselle et 35°,1 dans le rectum, sans frissons pendant la période de réascension, et avec des sueurs modérées. L'administration de l'antipyrine détermine quelquefois des vomissements; à part cela, le médicament est bien supporté. Son prix de revient est deux fois moindre que celui du sulfate de quinine; mais comme les doses à employer avec le premier pour obtenir des effets antipyrétiques équivalents sont deux fois plus considérables, il n'y a pas économie à substituer le nouveau médicament au sel de quinine.

Les observations très détaillées de May, dont le travail est en cours de publication, corroborent ce qui vient d'être dit de l'action antipyrétique de l'antipyrine. Ces observations, qui ont été recueillies à l'hôpital de Cologne, paraissent démontrer que dans le traitement de la fièvre typhoïde le nouveau médicament l'emporte, au point de vue de l'intensité et de la durée de ses effets antipyrétiques, sur le sulfate de quinine et sur les bains froids.

M. C. Rank s'exprime avec non moins d'éloges sur la valeur thérapeutique de l'antipyrine, en se basant sur cinquante observations relevées à l'hôpital de Stuttgart. Les recherches faites par M. Rank offrent un intérêt spécial, en ce que l'auteur a eu l'idée d'administrer le médicament par la voie souscutanée, cela pour éviter aux malades les vomissements et la constriction pharyngée, conséquences assez fréquentes de l'administration du médicament par les voies supérieures. Ces essais ont parfaitement réussi. Toutefois, l'antipyrine étant soluble à froid dans trois fois son poids d'eau, il faut, pour administrer au malade 1 ou 2 grammes de substance active, lui injecter successivement trois ou six fois le contenu de la seringue de Pravaz remplie de la solution médicamenteuse préparée à froid. Or l'antipyrine est beaucoup plus soluble dans l'eau chaude; un demi-gramme d'eau chaude dissout 1 gramme de cette substance, et quand la solution se refroidit, elle conserve sa limpidité sans rien laisser déposer. Avec des solutions préparées de la sorte, il suffit donc d'injecter 1 ou 1 1/2 centimètre cube de liquide, pour incorporer au malade la dose voulue d'antipyrine.

L'expérience a démontré que ces injections, quand elles sont faites dans la région fessière, ne déterminent qu'une douleur passagère, sans réaction inflammatoire. Pratiquées chez un ensemble de 25 malades, elles n'ont jamais été suivies de vomissements, ni de sensation de strangulation. En outre, l'effet antipyrétique est à la fois plus intense et plus rapide à se produire, que lorsque le médicament est administré *per os*. Enfin, pour obtenir un abaissement de température équivalent, des doses trois fois moindres d'antipyrine sont nécessaires, lorsque le médicament est incorporé par la voie hypodermique. Il y a donc, suivant M. Rank, tout avantage à recourir à ce mode d'administration, hormis les cas où il y aurait danger de provoquer une défervescence trop rapide, par exemple chez les sujets qui se trouvent dans un état de faiblesse profonde et chez les jeunes enfants. En ce cas, M. Rank conseille de recourir à l'administration par la voie rectale.

Ajoutons, en terminant, que dans cinq cas de fièvre intermittente, M. Falkenheim a vu échouer l'antipyrine, voire que dans un cas le malade avait pris *25 grammes* de cette substance dans les vingt-quatre heures qui avaient précédé un accès. En déclarant que le nouveau médicament antipyrétique convient à toute espèce de maladie fébrile, M. Rank a donc posé une conclusion prématurée.

Il n'est pas sans intérêt de savoir qu'administrée à des su-

(1) GAZETTA DEGLI OSPITALI, 1884, n° 2.
(2) BERLINER KLIN. WOCHENSCHRIFT, 1884, n° 23.
(3) Ibidem, n° 18.

jets bien portants, l'antipyrine, loin d'abaisser la températnre corporelle, a prodnit l'effet inverse, une élévation d'environ un demi degré, accompagnée de sneurs modérées.

— M. Arzela, médecin de l'hôpital de Campiglio, s'est sonvent tronvé dans le cas de faire le diagnostic différentiel entre la fièvre paludstre à type sub-continu et la fièvre typhoïde. Pour résoudre ce problème de diagnostic différentiel, il recommande de recourir anx injections sous-cutanées de quinine à la dose de 1 gramme et plus, suivant la constitution et l'âge des malades. S'agit-il d'un cas de fièvre palndstre, l'injection sous-cutanée de sulfate de quinine sera suivie de près d'nn abaissement considérable de température, et le lendemain matin le malade sera en état d'apyrexie, surtont si l'effet de la première dose se trouve appuyé par une seconde dose de sulfate de quinine administrée par la bouche. Au contraire, dans un cas de fièvre typhoïde, l'abaissement de température consécutif à l'administration dn sulfate de quinine est essentiellement transitoire, ne va pas non plus jusqu'à l'apyrexie; ensuite le mouvement fébrile reprend sa marche continue. Pour faire cette épreuve, il est nécessaire, ajoute M. Arzela, d'administrer le sulfate de quinine par la voie sous-cutanée, car souvent le tractus intestinal se trouve dans des conditions peu favorables à la résorption du médicament.

—M. Wildermuth, médecin d'nn asile où près de160 épileptiques sont reçus chaque année en traitement, a eu l'idée d'expérimenter l'acide osmique dans le traitement du mal comitial. Cette idée lui a été suggérée par les récentes publications qui représentent l'acide osmique comme étant doué d'une grande efficacité dans le traitement de certaines névralgies. A l'acide osmique employé en premier lieu, M. Wildermuth a nhstitné ensuite l'osmiate de potasse. Le médicament était administré en pilules contenant chacune 1 milligramme de substance active (comme excipient du bol blanc). La dose quotidienne maxima a été de 15 pilules, soit 15 milligrammes d'osmiate de potasse. Les malades, au nombre de 13, qui ont fait l'objet de ces expériences, étaient tous des épileptiques de vieille date. Tout d'abord, l'osmiate de potasse fut administré conjointement au bromure de potassium. Cette association n'a pas donné des résultats bien brillants. C'est pourquoi l'osmiate de potasse fut administré seul; sous l'influence de ce médicament, les accès d'épilepsie devinrent beaucoup moins fréquents que lorsque toute médication était suspendue; mais, pas plus qu'avec le bromure de potassium, il ne fut possible d'obtenir la disparition complète des attaques, excepté cbez nn malade. Ce dernier, qui avait eu 131 attaques dans le courant du mois de janvier 1881, n'en a pas eu une seule pendant les six derniers mois de l'année 1882. Le traitement avait été commencé au mois de janvier de cette même année; non seulement les attaques convulsives cessèrent, mais l'intelligence du malade s'améliora notablement.

En somme, ces premiers résultats permettent d'espérer que l'osmiate de potasse sera de quelque secours dans le traitement d'une maladie si péuible et si rebelle, comme l'épilepsie; la chose est d'autant plus souhaitable que le médicament reconnu jusqu'ici le plus efficace, le bromure de potassium, produit à la longue des effets qui nécessitent souvent d'en suspendre l'administration, et alors les attaques convnlsives ne tardent pas à se reprodnire avec leur fréquence et leur intensité premières.

— Dans le conrs de recherches concernant la thermogenèse chez le fœtus, M. Preyer a été conduit à imaginer un nonveau mode de réfrigération qui, jusqu'ici, n'a été expérimenté qne sur des animanx. M. Preyer est parti de ce fait, qne dnrant la diaphorèse, l'évaporation de l'eau à la surface dn corps prodnit une réfrigération beancoup plus intense qne celle résultant de la soustraction directe de calorique au contact d'nn milieu froid. Il a donc imaginé d'obtenir le même résnltat au moyen dn spray, en soumettant une grande étendue dn tégument externe à l'action de l'ean pulvérisée. Les résnltats obtenus en expérimentant sur des animaux de petite taille (cobayes) démontrent qu'en opérant avec de l'eau à la température de 3° à 7°, une pnlvérisation de 5 à 10 minutes de dnrée prodnit un abaissement de température de 1 degré et plns, dans le rectum. Cet abaissement de température se poursuit progressivement lorsqne l'animal, dont le corps est ruisselant de gouttelettes d'eau très fines, est abandonné à l'évaporation spontanée dans nne chambre. Qnand on opère avec de l'eau moins froide (22°), l'abaissement de la température corporelle est moins prompt à se produire et aussi moins prononcé. Bref, M. Preyer conclnt qu'en réglant convenablement la température et la masse de l'ean employée pour les pulvérisations, et d'autre part la température de l'atmosphère ambiante, on peut modifier à volonté la température corporelle d'un animal. Le procédé est à la fois sûr, commode et inoffensif, et M. Preyer espère que les cliniciens en sauront tirer parti.

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

I. Traité théorique et pratique du massage, par le docteur G. Norstræm (de Stockholm). 1 vol. in-8 de 340 pages, 1883. — II. Traité pratique de massage et de gymnastique médicale, par le docteur J. Schreiber. 1 vol. in-18 de 350 pages, avec 117 figures, cartonné. - O. Doin, 1884.

En présence de l'espèce de réaction qui ramène bien des médecins à l'emploi de pratiques bonnies hier encore et considérées comme des manœuvres en quelque sorte charlatanesques, on ne peut s'empêcher de dire avec Horace :

Multa renascentur quæ jam cecidere, cadentque
Quæ nunc sunt in honore *me ientia*, si volet usus,
Quem penes arbitrium est et jus et norma *medendi*.

Le massage a commencé de reconquérir la vogue, et nons n'oserions nous en plaindre. Depuis les travaux de Ling, de Londe, de Laisné, de Bouvier, des deux Dally, de Girard, d'Estradère, etc., etc., la gymnastique médicale avait presque acquis le droit de cité dans la thérapeutique contemporaine Cependant bien des préjugés s'opposaient encore à l'entrée de cette méthode de traitement renouvelée non seulement des Grecs et des Romains, mais plutôt des Hindous et des Chinois, dans la médecine scientifique du xix° siècle. Livrée aux mains des faiseurs sans vergogne, des rebouteurs, des charlatans et de tous les exploiteurs de la crédulité publique, le massage restait *à priori* mal vu des médecins sérieux et consciencieux. Dans le Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, M. E. Dally consacrait, en 1871, des

pages remplies d'intérêt à l'article *Manipulations thérapeutiques*, l'article massage restait pour ainsi dire muet.

Quelques années, il est vrai, n'étaient pas écoulées, mais que déjà, dans le Dictionnaire de M. Jaccoud, un excellent article, quoique un peu court, dû à la plume de M. le docteur O. du Mesnil, décrivait (1875) les divers procédés de massage, cherchant à expliquer par des raisons physiologiques les effets souvent remarquables que l'on peut obtenir par cette méthode de traitement.

Aujourd'hui le mouvement des esprits s'accentue; l'attention est plus que jamais fixée sur les résultats obtenus par les manipulations diverses qui ont pour objet de réduire par la pression le volume d'une partie du corps, de dissiper ainsi certains engorgements, de stimuler les fonctions de la peau, de faciliter la circulation, de ramener la souplesse dans les mouvements articulaires, etc., etc.

Aussi les publications spéciales se multiplient-elles.

En Allemagne, Rossbach, Busch, Reibmeyer, Samuely, viennent de faire paraître d'importants travaux sur ce sujet. En France, nous sommes heureux de signaler deux ouvrages récents : celui du docteur Norstrœm et celui de J. Schreiber.

Aussi bien nous savons déjà que le phénomène le plus général de la vie, c'est le mouvement. « Toutes nos études physiologiques, dit M. E. Dally, aboutissent à reconnaître la série des mouvements sous l'influence desquels les fonctions s'accomplissent. » Et, avec M. Dally, nous n'entendons pas seulement « parler ici des mouvements musculaires intérieurs ou extérieurs, dont J. Béclard a doné, dans sa *Physiologie*, une description d'ensemble si remarquable, mais encore des mouvements moléculaires intimes d'assimilation et de désassimilation, sous l'influence desquels s'accomplit la rénovation des éléments anatomiques. Quelque opinion que l'on entretienne sur la source de ces mouvements organiques, dont l'étude a reçu, en France, une impulsion si vive des belles leçons de Gavarret sur les phénomènes physiques de la vie, et quelques liens qu'ils aient d'ailleurs avec l'électricité et la chaleur, il est certain que nous ne pouvons concevoir une fonction quelconque, sans la rapporter à un mouvement; aussi Claude Bernard a-t-il pu dire que « le mouvement musculaire constitue la principale fonction animale, et, par suite, que le système musculaire est le centre des phénomènes manifestés par les êtres vivants. » Marey, dans ses leçons du Collège de France (*Du mouvement dans les fonctions de la vie*, p. 205, 1868), tout en constatant que nous ne connaissons la sensibilité que par le mouvement qui l'accompagne, semble faire de la sensibilité un attribut spécial à l'animal, et distinguer ainsi fondamentalement deux grandes propriétés; mais il est évident que la sensibilité elle-même est subordonnée au mouvement d'assimilation et de désassimilation; et, ainsi que l'a démontré Gavarret « le système nerveux ne s'adresse pas directement aux activités des éléments histologiques, il se contente de modifier les conditions d'exercice de ces activités » (*Phénomènes physiques*, p. 138). Or, les activités propres dont il est ici question sont des mouvements d'échange moléculaire, de transformation chimique, d'élasticité, de contractilité, etc., qui proviennent par voie de conversion de la force dynamique répandue en quantité invariable dans l'univers, et dont la chaleur, l'électricité, le mouvement, ne sont que des modalités.

L'action des manipulations ou, si l'on veut, des mouvements artificiellement imprimés aux organes, est donc conforme à la modalité dynamique de la vie.

I. Le livre du docteur G. Norstrœm est consacré à l'exposition et à la vulgarisation de la méthode de massage employée par Mezger à Amsterdam. Mezger n'ayant presque rien écrit (une dissertation de 40 pages en langue hollandaise et une observation de quelques lignes dans les ARCHIVES de Langenbeck, voilà tout son bagage imprimé), il était utile que l'un de ses plus chauds admirateurs décrivît sa méthode.

Après les premiers chapitres qui comprennent l'historique, l'exposition du manuel opératoire, enfin un essai sur l'action physiologique du massage, vient l'étude sur le massage appliqué aux affections des divers systèmes. Les maladies articulaires, entorses, arthrites aiguës ou chroniques, raideurs et fausses ankyloses, sont les mieux partagées dans le travail de M. Norstrœm, où elles occupent plus de cent pages. Les observations, en grand nombre personnelles, y abondent.

Un chapitre plus court est consacré au massage dans les maladies des os, chapitre presque tout de compilation; on y lira cependant avec intérêt quelques observations de fracture de la rotule. Le massage dans les maladies du système musculaire et dans les synovites tendineuses, le massage dans les maladies du système nerveux (central et périphérique), dans les névroses, etc., le massage dans les maladies du système circulatoire, lymphatique, respiratoire, digestif, forment autant de chapitres. Et cependant M. Norstrœm n'a « touché à dessein dans son travail ni l'obstétrique ni la gynécologie ».

Sans partager l'enthousiasme de M. Norstrœm pour les bienfaits de la méthode de Mezger, il ne nous déplaît pas d'avouer qu'un tel enthousiasme doit reposer sur des faits avérés. Et s'il est presque naturel pour un disciple, fût-il médecin, d'avoir une tendance fort excusable à exagérer les mérites de son maître et à repousser toutes les critiques, il est d'autre part légitime d'admettre dans la doctrine d'un professeur un fond sérieux, capable d'expliquer les convictions de ses élèves, surtout lorsqu'il s'agit, comme dans le cas de M. Mezger, d'un professeur suscitant des prosélytes aussi ardents que M. Norstrœm.

II. Le traité de Schreiber a paru, si je ne me trompe, en même temps à Paris et à Vienne. Le livre coquet publié à Paris ne mentionne même aucun nom de traducteur, en sorte que l'on est fondé à croire que le docteur Schreiber a écrit son ouvrage en français.

D'une portée plus générale que le travail de M. Norstrœm, quoique d'un plus petit format, sinon d'une allure plus modeste, ce livre, outre le *modus faciendi* et les indications des manœuvres mécaniques, étudie les mouvements actifs. On a donc dans le même volume un traité de gymnastique médicale en même temps qu'un traité de massage.

Cependant, tout en indiquant les procédés de la gymnastique suédoise, tout en parlant brièvement de l'action des mouvements actifs sur la circulation, sur les fonctions de la peau et des reins et sur le pannicule adipeux, sur la respiration, sur la digestion, sur les fonctions du système nerveux central et même sur le caractère, c'est surtout au massage, aux mouvements passifs, que le traité de Schreiber consacre la plus grande partie de ses pages.

M. Schreiber divise en six groupes les maladies auxquelles convient plus spécialement la kinésithérapie : le premier groupe s'occupe des névralgies et du rhumatisme musculaire;

le deuxième groupe est consacré au traitement des entorses, des synovites, des adénopathies (y compris l'amygdalite) et aussi au traitement de la métrite chronique et même de l'endométrite hémorrhagique et des kystes de l'ovaire, etc.; le troisième groupe est consacré au traitement mécanique de la chlorose, de la gastrite, de la phtisie, de la neurasthénie, de l'hystérie et du diabète sucré. Dans le quatrième groupe est étudiée l'action du traitement mécanique sur la congestion cérébrale, les hémorrhoïdes et l'emphysème pulmonaire. Le cinquième groupe est réservé au traitement des troubles digestifs chroniques et de la constipation, et enfin dans un sixième groupe il est question du traitement de la chorée et de la crampe des écrivains.

Le champ est vaste à parcourir. Guidé par M. Schreiber, on le parcourt sans ennui et avec profit.

En guise de conclusion, j'emprunterai quelques lignes à M. Schreiber (p. 19) :

« L'histoire de la thérapeutique mécanique présente cette particularité curieuse que, tandis qu'en Suède, en Allemagne, en Autriche, en Russie, en Angleterre et en Amérique des savants de premier ordre contribuaient à sa propagation, en France, où il y a vingt ans cette question a provoqué un mouvement considérable et fait naître maintes idées remarquables, on ne trouve que par exception à l'heure actuelle un clinicien qui recommande la mécanothérapie ou un médecin instruit qui s'en occupe. Le mot massage a même un mauvais renom ; il porte avec lui un certain parfum de charlatanisme, parce qu'en réalité le public a été longtemps exploité par des individus ignorants et cupides. Cependant, même en France, on ne méconnaît pas la puissance de la thérapeutique mécanique, mais on subit la pression de l'opinion publique ; il suffirait de la parole d'une grande autorité scientifique pour mettre fin à cette proscription. »

Voilà comment s'exprime M. Schreiber. A notre tour, nous dirons à nos lecteurs : Rejetez bien loin de vous les préventions que vous gardez peut-être encore contre une méthode de traitement qui a rendu et vous rendra encore des services signalés. Mais évitez avec soin de vous laisser entraîner à croire, avec certains adeptes de la doctrine du massage, que toute la thérapeutique est dans les manipulations, frictions, attouchements, frôlements, pression ou malaxation des parties malades. Car trop souvent le mieux est l'ennemi du bien.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

REVUE DES THÈSES.

Dr H. Gilson. — De la cirrhose alcoolique graisseuse. Th. de Paris, 1884. — J.-B. Baillière.

Les différents caractères regardés successivement par les auteurs comme base de la classification des cirrhoses sont les suivants :

1o Configuration et mode de répartition du tissu fibreux ;
2o Origine de la sclérose (périveineuse ou périangiocholique) ;
3o Néoformation des canalicules biliaires.

1o La configuration et le mode de répartition du tissu fibreux ne suivent souvent dans leur distribution aucune règle appréciable pour nous. En dehors de quelques observations rencontrées çà et là où la sclérose est ici annulaire et multilobulaire, là insulaire et monolobulaire, dans la grande majorité des cas l'envahissement du tissu fibreux est, comme le dit Gaiter, des plus irréguliers.

Dans ces cas, les lobules apparaissent lacérés et comme déchiquetés par le tissu fibreux ; des travées conjonctives partent de différents côtés, véritables épines pénétrant au milieu du lobule. Cette opinion est aujourd'hui celle de plusieurs anatomo-pathologistes : Kelsch et Wannebroucq, Litten.

Ce dernier auteur est encore plus affirmatif que les auteurs précédents.

Quant à l'origine de la sclérose, il est bien difficile dans la plupart des cas de pouvoir l'affirmer, surtout dans les cas anciens.

2o La sclérose est-elle originellement périveineuse? Est-elle périangiocholique ? La solution de cette question nous paraît impossible lorsque le tissu hépatique est divisé par d'innombrables travées conjonctives, sans détermination topographique distincte.

3o La néoformation des canalicules biliaires a été regardée pendant longtemps comme un des caractères les plus importants de la division des cirrhoses. Cette lésion concordait en effet avec la sclérose périangiocholique et elle expliquait l'ictère, signe fondamental de la cirrhose dite hypertrophique. Mais ce signe, lui non plus, ne saurait se tenir debout.

Robert Saunby constate l'absence de cette néoformation dans un cas de cirrhose hypertrophique biliaire. Wickam Legg fait la même constatation dans un cas de cirrhose hypertrophique par occlusion du canal cholédoque. Par contre, cette néoformation des canalicules biliaires se rencontre dans une foule d'observations disparates. Wagner et Liebermeister la rencontrent dans plusieurs cas de cirrhose alcoolique, de lithiase biliaire, de néoplasme du foie et de foie cardiaque. Wickam Legg la trouve dans un cas de kyste hydatique non accompagné de sclérose.

Elle est notée par Friedlænder dans une observation de syphilis hépatique ; enfin Brieger en constate l'existence dans la cirrhose alcoolique, le foie muscade, la lithiase biliaire, la tuberculose du mésentère, la péritonite chronique et la péritonite tuberculeuse. Ces différents faits légitiment la conclusion de Litten, d'après lequel la néoformation des canalicules biliaires est presque aussi fréquente que l'hyperplasie du tissu conjonctif elle-même. Nous-même avons trouvé cette lésion dans tous les cas de cirrhose que nous avons examinés.

Parmi les cirrhoses qui ont été étudiées jusqu'ici, une seule a gardé son type primitif : c'est la cirrhose syphilitique. C'est que pour établir cette forme, on a eu égard non à la topographie des lésions, mais à la notion étiologique. D'ailleurs cette notion féconde entraîne après elle des différences correspondantes dans l'anatomie pathologique et dans la marche. En dehors de l'étiologie, nous ne voyons pas le guide qui pourrait nous conduire à une classification rationnelle des cirrhoses.

La science serait alors réduite à conserver des divisions notoirement insuffisantes de l'avis de tous, et à ranger sous le nom de cirrhoses mixtes les formes nombreuses qui ne rentreraient pas dans les cadres établis.

Déjà, en 1868, E. Lancereaux avait formulé une classification des cirrhoses. Cet anatomo-pathologiste classait ces lésions en trois groupes : cirrhoses alcoolique, impaludique, syphilitique. Ces idées avaient trouvé quelques partisans.

En 1878, Dupont adopte dans sa thèse les idées de son maître et pense que la notion étiologique doit primer tout le reste dans la classification des cirrhoses. En 1881, le docteur Cyr émet cette idée « que le déterminisme étiologique permettrait seul de constituer non pas peut-être des formes bien fixes, ce qui lui paraît difficile sur ce terrain, mais des groupes assez homogènes ».

Depuis 1868, année où E. Lancereaux a formulé pour la première fois la classification des cirrhoses, les formes se sont multipliées pour ainsi dire à l'infini, et cependant c'est encore cette classification qui répond le mieux à l'ensemble des faits observés.

Aussi cet auteur maintient-il la même classification en 1882, dans ses leçons faites à la Pitié et publiées par la Revue de médecine. C'est cette classification qui nous permettra de donner sa

place à l'affection que nous décrivons sous le nom de cirrhose alcoolique graisseuse.

D'après cette classification, on doit distraire du groupe des cirrhoses les lésions scléreuses hépatiques secondaires dans lesquelles le parenchyme n'est pas primitivement atteint (lithiase biliaire, foie cardiaque, cancer du pancréas obturant le canal cholédoque, kystes hydatiques, péritonite chronique périphatique).

Les cirrhoses dans lesquelles le foie est primitivement atteint sont seulement au nombre de trois : cirrhoses alcoolique, impaludique et syphilitique, et cela est d'autant plus vrai que les différentes cirrhoses alcooliques sont bien moins différentes, le microscope en main, qu'elles ne le paraissent au premier abord; de sorte que la cirrhose alcoolique graisseuse n'est qu'un stade, peut être le dernier, des cirrhoses alcooliques ordinaires.

Telles sont les idées brillamment soutenues par le docteur Gilson dans une thèse des mieux étudiées, remplie de vues ingénieuses et dont nous recommandons vivement la lecture.

PAUL BERTHOD.

Dr Marie-V. Coutzarida. — DE L'HYDRORRHÉE ET DE SA VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DANS LE CANCER DU CORPS DE L'UTÉRUS. — Thèse Paris, 1884. Parent.

L'hydrorrhée est un écoulement de provenance utérine, d'un aspect clair, limpide, à peine citrin, inodore et très riche en albumine, et plus ou moins abondant.

L'hydrorrhée résulte d'une transsudation de la sérosité sanguine, favorisée par deux facteurs, dont l'un est la congestion des vaisseaux de l'organe et l'autre l'infiltration des tissus utérins par la néoplasie cancéreuse.

Le premier agit par l'accumulation du sang qui distend les parois des vaisseaux et par la production d'une plus grande quantité d'acide carbonique qui excite, la contraction des tissus utérins

Le deuxième agit par la modification anatomique des vaisseaux (dégénérescence cancéreuse), qui rend les parois de ces derniers plus perméables, et par l'élément néoplasique lui-même, qui amène par action réflexe une contraction des fibres utérines.

Les deux facteurs, par leur double action, convergent vers le même but, c'est-à-dire pour favoriser d'un côté la transsudation de la sérosité sanguine par la modification anatomique des vaisseaux et pour activer d'un autre côté, par l'excitation de la tonicité des fibres utérines, l'expression de la sérosité au dehors sous forme d'hydrorrhée.

L'hydrorrhée est un symptôme prémonitoire du cancer du corps utérin ; il se montre donc tout au début de l'envahissement néoplasique de cet organe.

Il précède tous les autres symptômes du cancer du corps. Et quand les douleurs et les hémorrhagies surviennent, cela indique l'envahissement du col de cet organe par le néoplasme cancéreux, ce qui n'arrive ordinairement qu'après la période ulcérative du cancer, alors que l'hydrorrhée fait place à l'ichor cancéreux.

L'hydrorrhée est, au contraire, précédée par les douleurs et les hémorrhagies dans le cas où le col a été pris le premier; c'est l'envahissement du corps qui amène l'hydrorrhée.

Elle est encore précédée par les hémorrhagies dans les cas de fibrôme utérin par dégénérescence cancéreuse ; c'est ce travail de néoformation cancéreuse qui amène l'hydrorrhée.

L'hydrorrhée du cancer du corps de l'utérus peut se confondre avec l'hydrorrhée des gravidiques et les autres écoulements vaginaux, symptomatiques ou idiopathiques.

Les points qui la différencient sont :

Son mode de production;

Son état de fluidité parfaite;

Sa limpidité, sa richesse en albumine;

Et surtout la présence des cellules cancéreuses dans ce liquide.

Le pronostic de l'hydrorrhée est grave en ce qu'il annonce un cancer du corps utérin, et fâcheux parce que la production de ce liquide, par sa durée et son abondance, enlève à l'économie une grande quantité d'albumine, dont l'assimilation est une source d'épuisement.

Dans le traitement, nous avons deux indications à remplir :

1° De s'adresser au symptôme qu'il faut combattre par des injections astringentes;

2° De s'adresser à la cause par une médication interne capable de modifier favorablement le terrain ; les arsenicaux, les toniques et une bonne hygiène seront à bon droit mis en action.

On devra également, avec plus ou moins d'espérance de succès, tenter la cure radicale de la maladie par des injections modificatrices arsenicales intra-utérines.

P. B.

FORMULAIRE

PILULES AU PERMANGANATE DE POTASSE.

(*Deut. Medizinal Zeitung*, 1884, n° 49.)

Quand, dans la préparation des pilules au permanganate de potasse, on utilise comme excipient des substances végétales, il se forme un produit explosible au moindre choc, circonstance dont le pharmacien doit tenir compte. D'autre part, et ceci a plus d'importance, il se forme de l'oxyde manganeux, de sorte que l'administration du permanganate de potasse est purement illusoire. La préparation suivante échappe à ces deux inconvénients :

Rec.	Vaseline	2 parties.
	Paraffine / Cire blanche	} àâ 1 —
	Argile	3 —
	Permanganate de potasse	quantité voulue.

La vaseline, la paraffine et la cire sont fondues en une masse commune; quand celle-ci est refroidie, on y incorpore l'argile, et on en fait une masse pilulaire. La quantité voulue de permanganate de potasse est pulvérisée dans un autre mortier et mêlée ensuite à la masse pilulaire. Utiliser, pour la mise en forme des pilules, une machine en bois ou en os.

E. R.

NOTES & INFORMATIONS

CHOLÉRA. — Dépêche de M. le préfet maritime de Toulon à M. le ministre de la marine :

« 25 juin 1884.

« Dans les vingt-quatre heures, quatre entrées à l'hôpital principal (pas de décès) ; à Saint-Mandrier, onze entrées, un décès ; il n'y a en traitement que trois malades dont l'état paraisse grave ; presque tous les autres cas sont très légers. »

(Extrait de l'OFFICIEL.)

M. Brouardel a adressé deux dépêches, hier, à M. Hérisson, ministre du commerce. En voici le résumé :

« Situation rassurante. Diminution marquée dans le chiffre des décès et des entrées dans les hôpitaux.

« Hier lundi, cinq décès en tout ; treize entrées à l'hôpital maritime ; aucune à l'hospice civil.

« Aujourd'hui, un décès ; trois entrées à l'hôpital maritime ; aucune à l'hôpital civil.

« La victime d'aujourd'hui est une femme âgée de soixante-quatorze ans, habitant la banlieue de Toulon. »

Décès par choléra à Toulon :

19 juin	1
20 —	2
21 —	3
22 —	13
23 —	6
24 —	3
25 —	8

— Les journaux politiques annoncent que, dans le rapport qu'ils ont adressé au ministre du commerce dans la journée du 26 juin, MM. Brouardel, Proust. Rochard et Dupré se montrent moins affirmatifs sur le caractère de l'épidémie. Néanmoins les probabilités continuent d'être en faveur du choléra nostras.

— Nous lisons dans le Matin : *Mesure préservatrice à Paris.*

« Parmi les mesures prises au point de vue de l'hygiène publique pour le cas où le choléra viendrait à éclater à Paris, il en est une qui, en tout temps, recevra l'approbation du public.

« On sait qu'un certain nombre de boulangers de Paris se servent, dans leur travail, des eaux provenant de vieux puits qui n'ont pas encore été bouchés. Ces puits étant, pour la plupart, infectés, comme on en a eu la preuve lors de l'explosion de la rue Saint-Denis, il en résulte que le pain fabriqué de cette manière peut être malsain.

« Le préfet de police a invité les commissaires de police à leur fournir des rapports sur les boulangeries qui se trouveraient dans ce cas, aon d'ordonner la fermeture immédiate de tous les anciens puits qui serviraient à cet usage. »

— D'après les dernières dépêches parvenues à Paris dans la soirée du 26 juin, le nombre des décès par le choléra s'est élevé à six dans le courant de la journée : deux en ville, deux dans les faubourgs, un à l'hospice civil, un à l'hôpital de la marine. Aucune réunion du Comité sanitaire n'ayant eu lieu aujourd'hui, le maire a surveillé l'exécution des divers arrêtés qu'il avait pris pour désinfecter les maisons des cholériques et pour interdire le transport des malades dans les voitures de place. Il a également visité les faubourgs Les villes voisines ouvrent des souscriptions. MM. Strauss et Roux continuent les autopsies et MM. Brouardel, Proust et Rochard poursuivent leur inspection.

— Le bruit a couru à Paris, dans la journée d'hier 26, qu'un cas de choléra venait de se déclarer dans le quartier Saint Georges, au n° 18 de la rue Chaptal. Renseignements pris, il s'agissait d'un simple cas de cholérine que l'imagination des geos du voisinage, surexcitée par la frayeur qu'inspirent les nouvelles venues de Toulon, avait transformé en cas de choléra.

Application militaire de la lumière électrique. — On lit dans la Post du 24 juin :

Pendant une des nuits de la semaine dernière, une manœuvre intéressante a été exécutée dans le Grünewald, près de Berlin, par le régiment de la garde Kaiser-Franz, qui a simulé une attaque contre un ennemi dont la position était indiquée.

Après la fin du combat, le troisième corps de la colonne sanitaire a procédé à une reconnaissance du champ de bataille, et, à cette occasion, a fait pour la première fois usage de la lumière électrique. Le succès a été complet. Les médecins, les infirmiers et les brancardiers, au nombre de 318, ont pu parfaitement lire les étiquettes attachées sur la poitrine des hommes qui étaient censés blessés ou morts, et procéder aux différentes opérations de leur service.

R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie. — Nous apprenons la mort du docteur Charles Laurent, ancien interne des hôpitaux de Paris. Appartenant à une famille très honorable de l'Alsace, Ch. Laurent venait de terminer brillamment ses études de médecine au moment où éclata la guerre de 1870, de funeste mémoire. Après avoir rempli dignement son devoir envers la patrie, dans la légion d'Alsace-Lorraine. A côté de ses deux frères, dont l'un est aujourd'hui un ingénieur distingué de l'Etat et dont l'autre occupe un poste élevé dans la magistrature française. Ch Laurent alla s'établir dans son pays natal, à Mulhouse, où ses solides connaissances et l'aménité de son caractère lui valurent bientôt, avec l'estime de tous ses concitoyens, une brillante situation médicale. Il y a un an, une maladie cruelle l'obligea à renoncer, jeune encore, aux fatigues de sa profession. Il se retira auprès de sa sœur, à Altkirck, où il a succombé il y a quelques jours. Nous avons tenu à rendre un dernier hommage à la mémoire d'un confrère qui laisse d'unanimes regrets parmi ceux qui ont connu son dévouement.

— M. le docteur Frenoz, ex-chirurgien militaire, vient de succomber à Aix-les-Bains, dans sa quarante-quatrième année.

***

Faculté de médecine de Paris. — Par décret en date du 21 juin 1884, M. Duplay, professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine de Paris est transféré, sur sa demande, dans la chaire d'opérations et appareils, en remplacement de M. Le Fort, appelé à d'autres fonctions.

— Par arrêté du ministre de l'instruction publique en date du 21 juin, la chaire de pathologie externe et celle de chimie médicale sont déclarées vacantes. Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

— M. Hanriot, agrégé, est chargé du cours de chimie médicale, en remplacement de M. Wurtz, décédé.

— Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique des maladies cutanées et syphilitiques s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris le lundi 7 juillet 1884, à neuf heures du matin. Il sera pourvu à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 5 juillet 1884. Le registre d'inscriptions sera ouvert tous les jours de midi à trois heures. Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de trente-quatre ans au jour d'ouverture du concours.

Herborisation. — M Chatin, professeur de botanique à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, fera une herborisation publique, le dimanche 29 juin, aux environs de *Bouray-Eardy*.

Le départ s'effectuera de la gare d'Orléans à six heures et demie pour la station de *Bouray*.

***

Faculté de médecine de Montpellier.—Par arrêté du ministre de l'instruction publique du 18 juin, la chaire de physiologie de cette Faculté est déclarée vacante.

Ecole de médecine d'Amiens. — Un concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques s'ouvrira le 15 décembre 1884 à cette Ecole.

***

Assistance publique. — Un nouvel hôpital temporaire, dit *Hôpital des mariniers*, a été ouvert récemment dans le quartier Montrouge.

Le service médical en a été confié à M. le docteur Tapret.

Bureau central. — La première épreuve éliminatoire du concours pour la nomination à deux places de médecin du Bureau

central s'est terminée le vendredi soir 20 juin. Les candidats dont les noms suivent ont été seuls admis à subir la seconde épreuve (épreuve orale) :

MM. les docteurs Barié, Barthélemy, Beclère, Beringier, Brault, Brissaud, Brocq, Brocbet, Chantemesse, Comby, Dreyfous, Faisans, Faucher, Gauchas, Havage, Hirtz (Edgar), Hirtz (Hippolyte), Jean, Juhel-Renoz, Ledous-Lebard, Leduc, Leroux, Lorey, Lucas-Championnière, Martin, Mathieu, Merklen, Petit, Renault, Robert, Robin, Stackler, Talamon et Variot.

⁂

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE. — Par arrêté du ministre de l'agriculture en date du 14 juin 1884, M. le professeur Brouardel est nommé président du Comité, en remplacement de M. Wurtz, décédé.

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret en date du 13 juin, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Gentil, médecin-major de première classe, chef de l'ambulance de la première brigade du corps expéditionnaire du Tonkin.

Au grade de chevalier : M. Baudot, médecin-major de deuxième classe ; M. Théophile Worms, pharmacien-major de deuxième classe.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — Har décret du 12 février 1884, M. Thomas (Edouard-Félix), médecin professeur, a été nommé médecin en chef de la marine, et M. Pougney (Louis-Edouard), médecin de première classe, a été nommé médecin principal.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 13 AU JEUDI 19 JUIN 1884.

Fièvre typhoïde 32. — Variole 1. — Rougeole 27. — Scarlatine 3. — Coqueluche 10. — Dipthérie, croup 31. — Dysentérie 0. — Erysipèle 9. — Infections puerpérales 8. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 53. — Phthisie pulmonaire 206. — Autres tuberculoses 12. — Autres affections générales 68 — Malformation et débilité des âges extrêmes 51. — Bronchite aiguë 30. — Pneumonie 65. — Athrepsie gastro-entérite) des enfants élevés : au hibcron 35, — au sein et mixte 18. — Inconnu 3. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 90. — de l'appareil circulatoire 59. — de l'appareil respiratoire 61. — de l'appareil digestif 43. — de l'appareil génito-urinaire 30. — de la peau et du tissu lamineux 6. — des os, articulations et muscles 15. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 1. — Epuisement 0. — Causes non définies 2. — Morts violentes 27. — Causes non classées 7. — Total de la semaine : 1.000 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

DE LA PINCE A OS ET DU CRANIOCLASTE, par le docteur A. Auvard, ancien interne des hôpitaux et de la Maternité de Paris. Un vol. grand in-8 de 260 pages avec 45 figures dans le texte. — Prix : 5 fr. — Paris, librairie Octave Doin, 8, place de l'Odeon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart, Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION:
Rédacteur en chef: M. le Dr **F. de RANSE**;
Membres: MM. les Drs **J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN**;
Secrétaire: M. le Dr **E. RICKLIN**.

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.**

CLINIQUE CHIRURGICALE

DE LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE SURVENANT A LA SUITE D'OPÉRATIONS CHEZ LES TUBERCULEUX. DU VAGINISME. Service de M. le professeur Verneuil à l'hôpital de la Pitié. Leçon clinique recueillie par M. Paul BERTHON, interne des hôpitaux.

Je vous ai souvent parlé de l'influence des diathèses sur l'état des opérés, surtout au point de vue du pronostic de l'intervention chirurgicale. Je vais encore revenir sur ce point en vous montrant un exemple bien fait pour appuyer les théories que je professe.

ABCÈS PÉRI-ARTICULAIRE; OUVERTURE ET CURAGE DES FONGOSITÉS DE LA CAVITÉ PURULENTE; MÉNINGITE TUBERCULEUSE.— MORT.

Roger (Prosper), 29 ans, peintre en bâtiments, est admis le 20 décembre 1883 dans le service de M. le professeur Verneuil.

ANTÉCÉDENTS. — Pas d'hérédité suspecte, si ce n'est du côté de la mère, dont le malade ignore la cause de la mort.

Le père et les sœurs jouissent d'une excellente santé.

A l'âge de 20 ans, Roger se faisait ouvrir un petit abcès de la région sus-hyoïdienne de la forme et du volume d'une noix.

A 23 ans, première attaque de rhumatisme aigu, généralisé à toutes les articulations des membres. Deux mois et demi de séjour à l'hôpital Tenon; traitement par le salicylate et les bains sulfureux. Guérison.

Contamination syphilitique à 24 ans : chancre, roséole, plaques muqueuses; traitement mercuriel.

Deux ans plus tard, nouvelle attaque aiguë d'arthrorhumatisme généralisé, laquelle ne céda qu'incomplètement à la médication salicylée; les phénomènes douloureux se localisent à l'articulation de la hanche du côté gauche.

Ultérieurement, les douleurs de l'article coxo-fémoral augmentent d'acuité et paralysent totalement les mouvements du membre.

Après plusieurs étapes dans différents hôpitaux, et après avoir, en dernier lieu, séjourné deux mois dans un service de médecine de la Pitié, Roger est transféré dans le service de la clinique chirurgicale.

20 décembre 1883. — M. le professeur Verneuil confirme le diagnostic : coxalgie, et constate la formation d'une vaste collection purulente au-devant de l'articulation coxo-fémorale, mais s'abstient de toute intervention opératoire.

Le malade est placé dans l'appareil Bonnet.

Janvier-mars. — Immobilisation du membre douloureux.

Avril. — L'abcès périarticulaire a pris des proportions considérables; il soulève les muscles du tiers supérieur et des faces antérieure et externe de la cuisse, et communique, comme le démontre la propagation de la fluctuation, avec une collection qui remplit la fosse iliaque interne. L'état général du malade étant satisfaisant, et l'intégrité des poumons et des autres viscères préalablement constatée, M. Kirmisson qui supplée alors M. le professeur Verneuil, décide l'ouverture et le drainage de l'abcès.

18 avril. — Une incision verticale de 15 centimètres environ, pratiquée sur le côté postéro-externe de la cuisse, donne issue à une quantité considérable de pus horriblement fétide.

Par contre, une ouverture large de 5 à 6 centimètres, parallèle à la crête de l'os des iles et intéressant la paroi abdominale immédiatement au-dessus de cette crête, ne donne lieu à aucun écoulement purulent. L'évacuation de la fosse iliaque s'est effectuée, pour une minime partie, par l'anneau crural, et, pour la presque totalité, par la grande échancrure sciatique, dans la fosse iliaque externe, sous le muscle grand fessier. Jour est alors ouvert au pus à la partie postérieure de la cuisse, à trois centimètres environ au-dessous de la crête iliaque, au point où vient faire saillie une sonde cannelée exploratrice introduite par la première incision. Toute la partie de l'abcès crural accessible à la curette est nettoyée des fongosités qui tapissent la cavité purulente. Nulle perforation apparente de la capsule articulaire.

Drainage et lavages phéniqués; application d'un pansement de Lister, doublé d'une épaisse couche d'ouate.

Le spray et l'immersion préalable des instruments dans la solution phéniquée forte assurent l'asepsie dans le cours de l'opération.

La chloroformisation du malade n'a présenté aucune particularité notable.

La température qui, le matin, était à 36°,5, s'élève le soir à 37°,2.

19 avril. — Le pansement est renouvelé, comme les jours suivants, avec toutes les précautions de la méthode antiseptique. Une solution chloralée est substituée à la solution phéniquée, qui a déterminé de l'intoxication, comme le montre la coloration noire des urines.

T. M. 36°,8; S. 37°,1.

20 avril. — T. M. 36°,9; S. 37°,2.

21 avril. — T. M. 37°,4; S. 37°,6.

22 avril. — T. M. 37°; S. 37°,4. Le malade accuse de continuelles douleurs dans le membre inférieur gauche, et réclame deux et trois injections de morphine chaque jour.

23 avril. — T. M. 36°,9; S. 37°,6.

24 avril. — T. M. 36°,9; S. 38°,1.

25 avril. — T. M. 37· ; S. 37·,6. La plaie, largement béante sur le côté externe de la cuisse, a pris un aspect atonique et se recouvre d'exsudats fibrineux purulents, qui se détachent à la façon de fausses membranes.

La plaie abdominale a bon aspect et tend à se combler par les bourgeons charnus.

26 avril. — T. M. 36·,6; S. 37·,8. A la solution chloralée est substituée la solution éthérée d'iodoforme, dont les injections dans les abcès froids non ouverts ont donné à M. le professeur Verneuil les résultats les meilleurs.

27 avril. — T. M. 37·,8 ; S. 38·,2.

28 avril. — T. M. 38· ; S. 38·,4.

29 avril. — T. M. 37·,6 ; S. 38·,2.

30 avril. — T. M. 38· ; S. 38·,4. Le malade se plaint de céphalalgie et d'insomnie. La morphine ne procure qu'un calme passager.

1er mai. — T. M. 39·,2 ; S. 40·.

2 mai. — T. M. 38·,4 ; S. 39·,2. Céphalalgie et insomnie. Modifications peu sensibles dans l'état de la plaie de la cuisse.

3 mai. — T. M. 38·,9 ; S. 39·,8.

4 mai. — T. M. 38·,6 ; S. 39·,8.

5 mai. — T. M. 39· ; S. 39·,8. Toujours mêmes phénomènes douloureux.

6 mai. — T. M. 38·,6 ; S. 40·. Dans la soirée, le malade est pris de vomissements ; puis survient du délire, de l'agitation.

7 mai. — T. M. 39·,6 ; S. 40·,1. A l'agitation extrême succèdent des convulsions cliniques généralisées.

Les yeux sont simultanément déviés en dedans et roulent dans l'orbite. Survient le collapsus : mort dans la matinée.

Nécropsie. — Les méninges ne présentent pas d'adhérences anormales. Injection des vaisseaux et infiltration œdémateuse de toute la pie-mère et des plexus choroïdes. Etat trouble et lactescent de cette membrane, particulièrement caractérisé à la base du cerveau et sur l'étendue de la scissure de Sylvius.

Flot de granulations opaques, jaunâtres, nettement appréciables à la vue, sur les points de la pie-mère qui recouvrent le pédoncule cérébral et l'espace perforé antérieur de l'hémisphère droit. Pas d'hydropisie ventriculaire notable. Absence de lésions centrales de la masse encéphalique.

Hyperhémie congestive des lobes inférieurs des poumons.

Dans le sommet du poumon droit, un tubercule ancien, du volume d'un noyau de cerise, enkysté dans le parenchyme, d'ailleurs absolument sain.

Le foie, la rate, les reins, le cœur n'offrent pas trace d'altération.

Lésions articulaires de la coxalgie, sans rupture de la capsule ni déplacement des surfaces osseuses.

Pas trace de pus dans la fosse iliaque interne.

A la partie supérieure de la grande échancrure sciatique, vestige du passage que s'était frayée la collection purulente le long du tronc de l'artère fessière, puis de la branche superficielle de cette artère, au-devant et au-dessus du muscle pyramidal.

Lorsque pour la première fois j'ai annoncé ces faits à la Société de chirurgie, j'ai été assez mal reçu. Mes honorables collègues et amis me reprochèrent de trop assombrir le pronostic, de faire d'une simple coïncidence un rapport de cause à effet. Mais maintenant, et depuis que mon attention a été appelée sur ce point, ces faits m'ont paru devenir de plus en plus fréquents, car il ne se passe point de mois où je n'aie occasion d'en observer ou d'en connaître un exemple probant.

Un chirurgien étranger, que j'avais occasion de voir dernièrement, me demandait si, comme lui, j'avais été frappé de ce fait, que les interventions opératoires sur la hanche fussent souvent suivies de méningite tuberculeuse.

A l'heure actuelle, mon dossier s'accroît de jour en jour et ces idées se répandent de plus en plus.

Mes contradicteurs ne voient là qu'une simple coïncidence. Vous avez opéré, disent-ils, un malade en instance de méningite tuberculeuse. Je ne le conteste point. Il est de toute évidence qu'une blessure ne confère point une affection spécifique. Mais, en présence des faits, je suis autorisé à dire qu'il existe là un rapport de coïncidence bien singulier et tout à fait semblable à un rapport de causalité.

Ces accidents s'observent surtout après les opérations partielles (résections, grattage), alors que l'opération en elle-même a été parfaitement inoffensive ; et cependant le malade succombe avec tout l'ensemble symptomatique de la phthisie aiguë ; cette granulie aiguë est bien véritablement une maladie surajoutée, car, à l'autopsie, que trouvons-nous ? Une quantité de granulations jeunes, et quelquefois à côté une ou deux cavernes, grosses comme une noisette, innocentes en quelque sorte, et qu'il serait puéril d'invoquer pour expliquer l'issue fatale.

Kœnig, un chirurgien allemand, qui s'est occupé de la question, a vu des faits analogues, et au dernier Congrès des chirurgiens allemands il rapportait avoir perdu 16 de ses malades à la suite d'accidents de ce genre.

L'intervention chirurgicale dans les affections tuberculeuses est donc périlleuse, non pas à cause des accidents locaux ; il n'y a point de pyohémie ni de septicémie. De là cette idée que les tuberculeux supportent très bien les opérations, et de fait les accidents n'apparaissent presque jamais dans le cours de la première quinzaine. Mais souvent alors, après cette première période, apparaît une véritable éruption de granulations, au poumon, au cerveau ou ailleurs, qui emportent le malade. Aussi faut-il mettre la plus grande réserve, regarder, comme on le dit vulgairement, à deux fois avant d'opérer un tuberculeux. Il faut surtout condamner absolument cette pratique de certains chirurgiens qui reçoivent, couchent et opèrent le lendemain leur malade, et il est nécessaire d'examiner son sujet à fond avant d'en venir à l'intervention.

Nous avons eu dernièrement dans nos salles un malade atteint d'arthrite du coude, présentant des trajets fistuleux et que, dans les pays à « résection préventive », on eût opéré de suite. Vous m'avez vu à son égard me garder de toute intervention, et je m'en félicite. Il arrive un moment, en effet, où les tuberculeux sont mûrs, si je puis ainsi parler, pour le réveil de leur diathèse, réveil qui, sans parler de la prédisposition des coxalgiques, se fait surtout à propos d'une tuberculose osseuse. Pourquoi cette prédilection ? Nous n'en savons rien. Quoi qu'il en soit, ces faits existent. Nous devons les avoir toujours présents à l'esprit. Permettez-moi de vous répéter constamment qu'un chirurgien doit savoir au même titre que le médecin reconnaître une pneumonie, une pleurésie, une fièvre typhoïde, une maladie de Bright, et qu'il faut être médecin et même assez bon médecin pour arriver à faire de la saine chirurgie.

Arthrites du coude gauche et du genou droit. Méningite tuberculeuse (1).

Rusconi (Elie), dix-huit ans, journalier, entré le 3 juin, salle Michon, no 47, service de M. le professeur Verneuil. C'est un jeune

(1) Nous devons ces deux observations à l'obligeante libéralité de M. le professeur Verneuil. — Qu'il veuille bien agréer ici la respectueuse expression de nos plus vifs remerciements.

garçon d'apparence robuste et qui exerce une profession pénible (aide-maçon).

Il y a deux ans que l'arthrite du coude gauche s'est déclarée; celle du genou ne date que d'un an.

Depuis cette époque, il eut plusieurs périodes de soulagement complet, où, après quelques semaines de repos, il pouvait reprendre ses occupations. Néanmoins le mal allait toujours s'aggravant.

3 juin. — A son entrée à la Pitié, R... se plaint de souffrir depuis quelques jours (une huitaine environ) de maux de tête avec malaise général, courbature, sentiment de fièvre, et vomissements.

4 juin. — Les articulations malades sont à peine douloureuses. Le coude est à demi ankylosé, présente une fistule dont la sécrétion est presque tarie.

Les malaises et la céphalalgie continuent. Vomissements verdâtres.

La température dépasse 38o.

Les symptômes persistent jusqu'au septième jour, où apparaissent les contractures et où cessent les vomissements.

8 juin. — Pouls lent et plein, 48 par minute.

Le malade a presque complètement perdu connaissance; il se roule dans son lit, la tête renversée en arrière, les pupilles dilatées et poussant quelques petits gémissements.

9 juin. — Coma; la face est violacée et couverte de sueur; l'asphyxie est imminente.

Mort dans la nuit, à une heure du matin.

A l'autopsie, on trouve que les méninges sont troubles sur la base et autour de la scissure de Sylvius, qu'elles présentent quelques petites granulations disséminées. Les poumons sont congestionnés et renferment quelques nodosités crétacées au sommet, mais nulle autre apparence de tuberculose; le foie offre aussi de petites masses caséeuses en deux ou trois points de sa face convexe; les reins sont normaux.

Nous avons pratiqué samedi dernier une petite opération sur laquelle je veux appeler votre attention, je veux parler de la dilatation forcée du vagin.

Il s'agissait d'une jeune femme autrefois soignée dans mon service pour une coxalgie rhumatismale, névropathe du reste et mariée depuis quelque temps déjà sans avoir pu accomplir l'acte génital; elle vint dernièrement me consulter chez moi, se plaignant de douleurs dans le bas-ventre et d'écoulement vaginal; je voulus l'examiner et pratiquer le toucher vaginal, mais je ne pus y parvenir. C'est alors que je lui conseillai d'entrer à l'hôpital.

Nous étions en présence de cette affection singulière, à la fois inflammatoire et spasmodique, désignée sous le nom de vaginisme. En effet, à l'examen au spéculum, il y avait vaginite intense, avec hypertrophie des papilles du vagin et désignée pour ce fait sous le nom de vaginite granuleuse, donnant lieu à un écoulement purulent très abondant, et accompagnée d'une hyperesthésie extraordinaire et d'une contraction spasmodique de tous les muscles du périnée.

Divers moyens ont été vantés pour vaincre cette contraction, entre autres les sachets de poudre de ratanhia que vous avez vus réussir récemment dans un cas de contracture du sphincter vaginal et qui ont été ici absolument inefficaces.

La dilatation temporaire est intolérable. Il en est de même de la dilatation progressive. Les mèches et canules de toutes sortes deviennent bientôt insupportables et les malades se refusent alors absolument à ce mode de traitement.

La cautérisation n'a pas donné de meilleurs résultats.

Marion Sims, chirurgien américain des plus distingués, mais peut-être un peu trop opérateur, imagina pour cette affection une opération spéciale. Il reséquait l'hymen, pensant ainsi supprimer la cause de l'affection, déterminée, selon lui, par une hyperesthésie de cette membrane.

Pour mon compte, j'ai vu pratiquer cette opération deux fois, et j'ai pu remarquer qu'elle était suivie d'une hémorrhagie considérable, due à la vascularisation toute spéciale de la membrane hymen, que la cicatrisation était très longue et que la cicatrice était parfois le siège de la même hyperesthésie.

Permettez-moi, à ce propos, de vous rappeler l'histoire très instructive d'une malade que j'ai opérée en ville avec mon excellent ami le professeur Tarnier :

A l'âge de vingt-trois ans, cette dame, d'ailleurs très belle personne et de haute stature, avait une fissure à l'anus très douloureuse. Nous fîmes la dilatation anale sous le chloroforme. Les phénomènes spasmodiques disparurent comme par enchantement.

Quelques années plus tard et mariée alors, elle vint me retrouver, avouant qu'il lui avait été impossible d'accomplir jusque-là l'acte conjugal. Le mari, très riche, portait un fort beau nom. La famille désirait un héritier. C'est dans ces conditions que la malade me fut envoyée par mon ami Tarnier. L'examen nous permit de constater à l'entrée du vagin deux petites saillies très rouges et très sensibles au moindre contact. Au reste, tout paraissait dans des conditions normales. Je pensai alors qu'il y avait lieu d'appliquer la méthode de Sims et proposai d'enlever les saillies douloureuses.

La malade fut endormie et les deux tubercules détruits avec le thermo-cautère. Malheureusement nous n'obtînmes pas de cette intervention le résultat espéré et les petites plaies devinrent bientôt le siège d'une hyperesthésie extrême. L'introduction du doigt était très douloureuse, si bien qu'un mois après nous résolûmes de faire une nouvelle opération, c'est-à-dire la dilatation très large, que je pratiquai avec le chloroforme et qui fut suivie d'une guérison complète.

De ceci résulte que je considère comme inutile l'opération de Sims et la résection des caroncules myrtiformes; je leur préfère de beaucoup la dilatation, que j'ai toujours trouvée très suffisante.

Quoi qu'il en soit et pour en revenir à notre malade du service, nous l'avons endormie et nous avons trouvé une vulvite intense, avec écoulement abondant; la muqueuse vaginale elle-même était très congestionnée, vascularisée au point que le simple toucher détermina un écoulement sanguin notable. Au point de vue du siége de la contracture, vous savez que pour moi les quelques fibres musculaires du contracteur vaginal sont absolument insuffisantes à produire un tel effet. C'est le muscle transverse du périnée surtout et le périnée musculaire en entier qui sont les véritables agents du vaginisme. C'est donc en arrière et très profondément qu'il faut aller pour vaincre le spasme, et c'est pour cela que vous m'avez vu pratiquer le toucher forcé dans ce sens de façon à ouvrir la voie au spéculum. J'ai introduit le spéculum de Ricord, puis le spéculum américain, en me dirigeant profondément en arrière dans la direction du coccyx. A ce moment, survint un écoulement sanguin assez considérable; je ne m'attendais pas à cette hémorrhagie, je dois le dire, et je n'avais point fait, comme j'en ai l'habitude lorsque j'opère sur des cavités, l'antisepsie primitive au moyen de lavages phéniqués. Je plaçai d'abord un tampon phéniqué et fis plus tard pratiquer des

injections ; néanmoins l'hémorrhagie se reproduisit pendant la journée. C'est à l'omission de l'antisepsie préventive que j'attribue l'élévation de température (39°) que nous observâmes le lendemain matin, hyperthermie due vraisemblablement à une auto-inoculation.

Cette hémorrhagie après l'opération du vaginisme est utile à connaître, je l'ai observée une première fois sur la fille d'un médecin de province ; elle se produisit dans la journée et fut considérable, sans explication plausible, puisque la malade était vierge, et sans qu'on puisse invoquer par conséquent les varices vaginales, les thrombus, qui ne se produisent d'ordinaire que pendant la grossesse ou en sont au moins le reliquat.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Gangrène symétrique des doigts. — Faux panaris des gaines des fléchisseurs, par M. Dubreuilh, interne des hôpitaux.

Le nommé Quiéreux (Joseph), âgé de quarante ans, palefrenier, est entré le 30 octobre 1883 dans le service de M. Rigal, salle Saint-Jean, nº 8, à l'hôpital Necker.

Cet homme est né dans le département des Côtes-du-Nord, qu'il a habité jusqu'à l'âge de trente-trois ans. Ce pays est sain, et lui même n'a jamais eu la fièvre intermittente ; on ne trouve non plus aucune trace de scrofule, de rhumatisme ou de syphilis. Il n'est pas alcoolique, n'est pas sujet aux engelures. Depuis sept ans qu'il est à Paris, il habite un rez-de-chaussée froid et humide.

Il y a quatre ans, en décembre 1879, après avoir lavé des harnais, il éprouve un froid aux mains plus vif que d'habitude, puis ses doigts deviennent blancs et insensibles jusqu'à l'articulation de la première et de la deuxième phalange ; les mouvements sont cependant parfaitement conservés. Cet état persiste pendant une semaine environ, puis la circulation se rétablit, mais en provoquant de vives douleurs dans les extrémités des doigts, comme si on lui eût arraché les ongles. En même temps la peau de l'extrémité du doigt devient noire et se détache avec l'ongle. Tous les ongles sont tombés de la sorte, à l'exception de ceux des deux pouces.

A la suite de cette gangrène symétrique, les doigts restent déformés et prennent la forme en boudin qu'ils ont actuellement, mais ils avaient conservé toute leur mobilité.

Pendant l'été de 1880, l'annulaire gauche se gonfle dans toute sa longueur ; il est rouge, chaud, avec des douleurs vives, pulsatiles. Au bout de quelques jours, le gonflement diminue peu à peu, l'ongle tombe pour la seconde fois, mais les mouvements spontanés des phalanges sont abolis, le doigt se fléchit d'une seule pièce.

En février 1882, l'index gauche s'enflamme à son tour, la tuméfaction et la rougeur envahissent le bras et l'avant-bras. Une incision faite au doigt par un chirurgien des hôpitaux ne donne issue qu'à du sang. Après la résolution, les mouvements des deux dernières phalanges sont perdus

En octobre 1882, les trois premiers doigts de la main droite, il y a deux mois les deux derniers doigts de la même main sont pris de la même façon, et la résolution est suivie de la perte des mouvements des phalanges. A l'extrémité du pouce et du petit doigt, il s'est formé un petit abcès d'où est sortie une masse blanche comme un bourbillon.

De tous ces panaris, aucun ne s'est terminé franchement par la suppuration, à l'exception de ceux du pouce et du petit doigt de la main droite. A tous les autres doigts il s'est formé dans le pli de flexion de la première phalange une fissure profonde, qui a donné issue à un liquide clair et filant comme du blanc d'œuf. Ce liquide sortait en plus grande abondance quand le malade pressait sur la paume de la main. Le pouce et le petit doigt des deux mains n'ont pas présenté cette fissure.

A son entrée, Quiéreux, paraît maigre et souffreteux, quoiqu'il ait toujours joui d'une bonne santé générale et que son système musculaire soit bien développé. Il se plaint surtout d'une douleur profonde dans la poitrine consécutive à un coup de collier de cheval qu'il a reçu il y a quelques mois.

Le nez paraît un peu effilé, aminci, peut-être un peu cyanosé le premier jour ; le malade prétend qu'il a toujours été ainsi.

Les mains frappent d'abord l'attention par l'épaisseur et la dureté de l'épiderme de la face palmaire tant à la main qu'aux doigts.

Les doigts sont gros, cylindriques, tronqués à leur extrémité, en forme de boudin ; les ongles sont petits, déformés, arrondis, décollés sur leurs bords latéraux, penchés en avant et tendant à coiffer l'extrémité du doigt, dont la dernière phalange est raccourcie. Cette déformation augmente depuis le pouce jusqu'au petit doigt, de sorte qu'à l'annulaire de la main droite le plan de l'ongle est perpendiculaire à l'axe du doigt. Le petit doigt de la main droite est encore un peu gros, rouge et douloureux, l'ongle a disparu et à sa place on trouve un petit sequestre osseux, dernier reste de la troisième phalange.

A la base du médius de la main droite, dans le pli de flexion, on trouve une fissure transversale profonde, au fond de laquelle s'ouvrent deux trajets fistuleux. L'un s'enfonce dans la paume de la main ; le stylet pénètre à une profondeur de 2 centimètres sans rencontrer de surface osseuse. L'autre contourne la face cubitale du doigt immédiatement sous la peau et aboutit à un orifice situé sur la face dorsale. Les autres doigts, à l'exception du premier et du cinquième, présentent des traces d'une fissure avec des fistules analogues.

Les doigts sont droits et ne peuvent être fléchis par la volonté que d'une pièce, la flexion de la première phalange sur le métacarpien étant seule conservée. Quant aux articulations inter-phalangiennes, elles sont saines, car on peut les fléchir artificiellement sans effort et sans déterminer de douleur ; mais, abandonnées à elles-mêmes, elles se redressent brusquement. Il semble que les tendons fléchisseurs soient adhérents à leurs gaines dans toute la longueur du doigt et n'agissent que sur la première phalange.

A la main gauche, ce sont les mêmes lésions. Mêmes doigts en boudin, mêmes fissures à la base avec double fistule, même immobilité des articulations phalangiennes ; seulement les phalanges sont légèrement fléchies et ne peuvent être redressées. Le médius seul, qui n'a pas été atteint de panaris, a conservé la mobilité de ses phalanges, quoiqu'il soit déformé et qu'on trouve à sa base des traces de fistule.

Aucun trouble de la sensibilité ; rien aux extrémités inférieures.

Depuis neuf mois, il a éprouvé quelques douleurs dans l'épaule gauche dont les mouvements sont depuis un peu gênés ; il lui est impossible d'élever un poids au-dessus de sa tête avec le bras gauche.

Aucun symptôme morbide du côté des poumons, du cœur, des reins ou du tube digestif. Il se plaint seulement d'une douleur profonde dans la poitrine, due au traumatisme.

Les explorations ont déterminé la production d'un petit abcès de la paume de la main au niveau d'une des fistules palmaires avec une lymphangite suppurée du bras.

Sous l'influence de bains de bras chauds et prolongés, il se fait une amélioration rapide ; les accidents aigus se sont calmés, les fistules se sont cicatrisées et la peau de la paume de la main reprend sa souplesse ; mais la déformation des doigts persiste et les mouvements des phalanges ne reparaissent pas.

Le malade, satisfait de cette légère amélioration, demande sa sortie.

En résumé, nous voyons dans cette observation un homme qui, sans prodromes, sans aucune maladie antérieure, est atteint de gangrène symétrique des extrémités. Cette attaque n'est suivie d'aucune autre; mais, à la suite et successivement, tous les doigts s'enflamment, et cette inflammation, au lieu d'aboutir à la suppuration, se termine par la disparition de la synoviale des fléchisseurs, qui sont soudés à leurs gaînes, et par une déformation particulière des doigts.

Le premier diagnostic qui se présente à l'esprit en voyant le malade, c'est la sclérodermie, car ce début par la gangrène symétrique, cette poussée inflammatoire, ne sont pas chose rare dans la sclérodactylie. Cependant MM. Rigal et Robert Moutard-Martin repoussent formellement ce diagnostic à cause du caractère objectif des lésions. Et d'abord il n'y a pas d'épaississement, d'induration, de rétraction du derme; la peau se laisse parfaitement plisser à la face dorsale des doigts, et quant à la face palmaire, l'induration est due uniquement aux couches épidermiques, les doigts sont épaissis au lieu d'être effilés; enfin l'absence de mobilité des doigts est due, non à la périarthrite, comme dans la sclérodactylie, mais à des lésions des tendons fléchisseurs.

Pour toutes ces raisons, M. Rigal est plutôt porté à rapprocher les cas en question des faux panaris d'origine nerveuse. M. Quinquaud en a décrit une forme superficielle, une sorte de panaris sec terminé par desquamation (1). L'observation de Mirault (d'Angers), si bien étudiée par M. Verneuil (2), est encore un cas de ce genre. Nous y trouvons de même des faux panaris, ne suppurant pas, mais laissant une déformation des doigts et l'ankylose des tendons fléchisseurs dans leurs gaînes. De même les doigts sont atteints successivement; mais, dans ce cas, les douleurs intenses, les ulcérations persistantes, donnaient à la maladie un cachet d'affection nerveuse qui manque à notre observation.

Quoi qu'il en soit de la nature intime de cette lésion, le cas nous a paru intéressant et digne d'être signalé.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

I. LE VIRUS CHARBONNEUX, communication préalable, par M. K. OSOL (3). — II. RECHERCHES SUR LA PRÉSENCE DE GERMES DE PUTRÉFACTION DANS LE SANG DES ANIMAUX A L'ÉTAT DE SANTÉ, par le professeur W. ZAHN, de Genève (4). — III. SUR LA PRÉSENCE DE MICRO-ORGANISMES DANS LES TISSUS VIVANTS DE L'ORGANISME ANIMAL A L'ÉTAT PHYSIOLOGIQUE, communication préalable, par M. HAUSER, d'Erlangen (5). — IV. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES MICRO-ORGANISMES DE LA PYÉMIE, communication préalable, par M. BELTZOW, de Saint-Pétersbourg (6). — V. UN NOUVEAU PROCÉDÉ POUR OBTENIR DES CULTURES PURES DU BACILLE DE LA TUBERCULOSE, par le professeur BAUMGARTEN, de Kœnigsberg (1). — VI. CONTRIBUTION A LA QUESTION DE LA TUBERCULOSE INOCULÉE, par F. FALK (2). — VII. DE LA TRANSMISSIBILITÉ DE LA TUBERCULOSE PAR LA VOIE DE L'ALIMENTATION ET DE L'ATTÉNUATION DE L'ACTION PATHOGÈNE DES BACILLES DE LA TUBERCULOSE, SOUS L'INFLUENCE DE LA PUTRÉFACTION, par M. BAUMGARTEN (3).

Sous la direction du professeur Semmer (de Dorpat), M. K. Osol a étudié l'influence que peut exercer sur l'organisme animal l'injection de sang charbonneux, débarrassé de ses spores et de ses bacilles par la coction. A cet effet, des animaux de grande taille ont été inoculés avec du sang charbonneux doué de toute sa virulence. Le sang, recueilli avec toutes les précautions désirables sur les cadavres de ces animaux, après leur mort, a été étendu avec parties égales d'eau, puis déposé dans des ballons en verre, soumis à la coction et filtré à chaud. Le résidu de la filtration et le coagulum formé dans le liquide en ébullition ont été traités par de l'eau, soumis une nouvelle fois à la coction et filtrés. Après cette double filtration, le liquide a été pendant trois jours consécutifs chauffé durant deux heures chaque fois, jusqu'à ce qu'il fût réduit à l'état de masse épaissé se laissant étirer en filaments. De ce virus charbonneux ainsi réduit par la chaleur, on injecta des quantités considérables à des lapins et à des souris, en se servant pour ces injections de seringues traitées préalablement par l'eau bouillante et désinfectées avec une solution concentrée de sublimé. D'autres animaux, utilisés comme sujets de contrôle, ont été inoculés avec de petites quantités de ce virus charbonneux. En outre, on ensemença de ce virus charbonneux, réduit par l'ébullition, dans du bouillon stérilisé; ces cultures furent déposées dans un four à incubation. Enfin du sang de cheval et de mouton, recueilli sur des animaux sains, fut soumis aux mêmes manipulations que le sang charbonneux et injecté, aux mêmes doses que ce dernier, à des souris et à des lapins. Voici quels résultats ont été obtenus :

Les animaux inoculés avec le virus charbonneux préalablement soumis à la coction ont péri en l'espace de trois à six jours. Leur sang et leurs organes glandulaires, examinés au microscope, presque toujours immédiatement après la mort des animaux, contenaient, dans un quart des cas, les bacilles caractéristiques de la maladie charbonneuse. Là où ces bacilles faisaient défaut, on découvrait des quantités innombrables de micrococques, semblables à ceux que MM. E. Semmer et Bollinger ont décrits dans le sang charbonneux, dès l'année 1872. Pour ces deux observateurs distingués, les bâtonnets et les coccus représentent deux éléments morphologiques complémentaires; c'est-à-dire que, lorsque les premiers font défaut dans un sang charbonneux, les seconds s'y rencontrent en nombre considérable. En passant, M. Osol fait savoir qu'il n'a jamais rencontré dans le sang des animaux de cette première série les protococcus signalés récemment par M. Archangelski (4) comme étant des formes embryonnaires du bacille charbonneux.

Le sang des animaux qui avaient succombé aux suites de

(1) Quinquaud : *Panaris nerveux*. FRANCE MÉDICALE, 1881, t. II, p. 525.

(2) Verneuil : *Affection probablement rhumatismale des doigts*. GAZ. HEBDOMADAIRE, 1863, p. 118.

(3) CENTRALBLATT FÜR DIE MEDICINISCHEN WISSENSCHAFTEN, 1884, no 23.

(4) VIRCHOW'S ARCHIV., t. XCV, fasc. 3, p. 401, 1884.

(5) CENTRALBLATT FÜR DIE MEDICINISCHEN WISSENSCHAFTEN, 1884, no 21.

(6) Ibidem, no 22.

(1) Ibidem.

(2) BERLINER KLIN. WOCHENSCHRIFT, 1883, no 50.

(3) CENTRALBLATT FÜR DIE MEDICINISCHEN WISSENSCHAFTEN, 1884, n° 2.

(4) ARCHANGELSKI. *Contribution à l'étude du contage charbonneux*. DISSERTATION INAUGURALE. Dorpat, 1884.

l'inoculation du virus charbonneux réduit par la coction fut ensemencé dans des liquides de culture stérilisés, ou à la surface de gâteaux de gélatine, le tout déposé dans des fours à incubation. Il s'y développa des bacilles charbonneux bien typiques. Ce même sang fut injecté sous la peau à des lapins (plusieurs centimètres cubes) et à des souris (quelques gouttes); tous les animaux inoculés de la sorte ont péri ; chez la plupart on trouva, à l'autopsie, des bacilles charbonneux dans le sang et dans les viscères. Dans les rares cas où ces bacilles manquaient, on trouva des micrococcus et des protococcus en très grand nombre, lesquels, ensemencés dans des milieux de culture stérilisés, se transformaient en bacilles. Enfin le sang de ces animaux, inoculé à hautes doses à des moutons, fit périr ces derniers avec tous les signes de la maladie charbonneuse classique.

Les sujets de contrôle, inoculés avec de *petites* quantités de sang charbonneux réduit par la coction n'ont pas présenté de manifestations pathologiques. Les liquides des vases de culture, gardés comme pièces de contrôle, ont conservé leur limpidité pendant des semaines et ne renfermaient pas de micrococques ; on peut donc exclure tout soupçon d'une adultération des matières inoculées et des instruments par un organisme pathogène. Dès lors M. Osol se croit autorisé à conclure qu'il existe dans le sang des animaux charbonneux un virus spécifique, soluble dans l'eau, non volatil, dont la constitution chimique nous est inconnue; inoculé à des animaux, ce virus modifie leurs humeurs de telle sorte que les micro-organismes indifférents contenus dans les tissus à l'état normal se transforment sous l'influence de ce virus, au bout de trois à six jours, tantôt en bacilles charbonneux, tantôt en formes embryonnaires de ces mêmes bacilles.

M. Osol ajoute que des sujets de contrôle inoculés avec du sang recueilli sur des chevaux et des moutons sains et réduit par la coction, comme l'avait été le sang charbonneux, n'ont présenté rien d'anormal, si ce n'est une élévation passagère de température, d'environ 1°,5, le lendemain de l'inoculation. Aucun de ces animaux n'a péri.

M. Osol est loin de prétendre que dans le développement du charbon les bacilles caractéristiques n'ont aucune signification. Il voit dans les résultats de ses expériences la preuve que seuls les bacilles sont capables de reproduire le virus charbonneux au sein de l'organisme animal. Toutefois, à ses yeux, le bacille représente non point l'élément primitif, mais bien l'élément secondaire ; ils sont redevables de leur virulence à un virus chimique, inorganique.

— M. Zahn a fait des recherches analogues sur le sang du lapin, du chien, du chat, du mouton, du veau. Nous passons sur les détails de l'instrumentation imaginée par l'auteur pour empêcher l'accès de l'air ambiant dans les tubes destinés à recevoir le sang tiré des vaisseaux de l'animal en expérience. Ces tubes, exposés préalablement à l'action d'une température élevée, étaient remplis d'hydrogène, d'oxygène ou d'acide carbonique. Toutes les expériences où l'accès de l'air a pu être évité ont fourni des résultats concordants. Au bout de plusieurs semaines ou mois de séjour dans l'appareil de Wiesneg, à une température constante de 37°-38°, le sang contenu dans les tubes hermétiquement clos n'avait pas subi d'altération manifeste. Le caillot formé au début avait laissé suinter un sérum abondant, limpide, devenu un peu rougeâtre à la longue. Quand on venait à briser un tube, le contenu répandait une odeur fade, douceâtre : sa réaction était légèrement alcaline. L'examen microscopique laissait voir dans le sérum des hématies, les unes rouges, les autres décolorées, des globules blancs en état de dégénérescence graisseuse, de petites gouttelettes de graisses libres et de petites granulations irrégulières (hématoblastes altérés). Le caillot était constitué par les mêmes éléments, et en outre par de la fibrine granuleuse retenant des gouttelettes de graisse, des cristaux d'acide hutyrique et des granulations de pigment brunâtre. Jamais il n'a été possible de déceler, ni dans le sérum, ni dans le cruor, des micrococques ou des bactéries. Au contraire le sang contenu dans des tubes où de l'air avait pénétré accidentellement renfermait en très grand nombre des micrococques et des bactéries de formes variées ; de plus, les éléments cellulaires y étaient moins bien conservés. M. Zahn conclut que le sang des animaux à l'état de santé ne renferme pas de germes de putréfaction, et que, conservé à l'abri de l'air et à la température du corps, ce liquide se comporte de la même façon que lorsqu'il s'est épanché hors des vaisseaux, dans des cavités naturelles sans communication avec l'air extérieur.

— Le travail de M. Hauser et celui de M. Zahn se rattachent indirectement aux recherches de M. Osol, en ce sens que les deux auteurs en question ont institué des expériences destinées à éclairer la question de savoir si, à l'état de santé, les humeurs et les tissus d'un animal renferment ou non des micro-organismes.

M. Hauser a recherché la présence de micro-organismes dans les tissus vivants à l'état sain. Il a procédé de la façon suivante : des organes entiers et de grands fragments de tissus ont été enlevés sur des animaux récemment sacrifiés, à l'aide d'instruments soumis à un flambage préalable ; les pièces ont été déposées dans des verres à réactif ou dans des flacons en verre bouchés avec de la ouate, et qu'on avait stérilisés par l'exposition à une température élevée dans l'étuve sèche. Les organes utilisés pour ces recherches ont été : le cœur, la rate, le foie, les reins, les muscles, les testicules, et en outre des embryons entiers. Pour éviter la dessiccation des pièces, les récipients étaient placés dans une chambre humide, puis, pour la plupart, déposés dans un four à incubation et exposés à une température constante de 27° à 30° (voire, dans plusieurs expériences, de 38°).

Sur un ensemble de 36 expériences, terminées jusqu'à ce jour, il ne s'est pas produit une seule fois de putréfaction, quoique les pièces aient été conservées au delà de deux et de trois semaines de la façon qui vient d'être dite ; 26 fois, tout développement de micro-organismes a fait défaut; les tissus ont subi la désorganisation spontanée, et le résidu répandait une odeur rappelant celle de l'extrait de viande ou du bouillon concentré. Dans les dix autres expériences, il s'est formé une fois un dépôt de moisissures, une autre fois une colonie de champignons de levûre, huit fois une pullulation de bactéries. Ces dernières ont été cultivées à l'état pur ; on a pu s'assurer de la sorte qu'elles appartenaient à des espèces variées, incapables de produire par elles-mêmes la décomposition putride. M. Hauser admet comme une chose hors de doute que, dans ces dix dernières expériences, le développement des micro-organismes a été le fait d'une adultération accidentelle des pièces anatomiques ; dans deux cas, l'origine de cette adultération était évidente.

Les recherches de M. Hauser ont encore fourni la preuve

que, ni dans une atmosphère d'hydrogène, ni dans une atmosphère d'acide carbonique, les tissus conservés avec les précautions susdites ne sont le siège d'une pullulation de microbes, lorsque les germes du dehors n'ont pas trouvé accès aux préparations.

— 5 cas de pyémie et 1 cas de pyosepticémie ont fait de la part de M. Beltzow l'objet de recherches histologiques destinées à éclaircir la question de savoir de quelle espèce sont les germes organisés de la pyémie. L'auteur est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Dans les organes de cadavres humains envahis par les lésions de la pyémie, on rencontre, outre des colonies de coccus, un nombre considérable de bacilles se rattachant à deux variétés morphologiques distinctes. Les uns ont une très grande ressemblance avec les bacilles de l'œdème malin; ceux de la seconde variété présentent des dimensions intermédiaires à celles des bacilles de la tuberculose et à celles de la septicémie des souris.

2° A côté de ces colonies de coccus et de bacilles, le foie, dans un cas seulement, renfermait des colonies de leptothrix buccalis, formant des thrombus qui oblitéraient les capillaires de la glande et qui envoyaient des expansions dans les interstices des cellules hépatiques.

— M. Baumgarten signale le procédé suivant, propre à fournir des cultures pures du bacille de la tuberculose :

Quand on implante dans la chambre antérieure de l'œil d'un lapin (en s'entourant de toutes les précautions antiseptiques indispensables) une nodosité tuberculeuse enlevée sur un animal vivant ou un tubercule frais recueilli sur un cadavre humain et plus riche en bacilles, toute trace d'une inflammation macroscopique fait défaut, comme l'on sait. La masse implantée augmente visiblement de volume pendant les huit ou quinze jours qui suivent. Or l'examen microscopique montre que cet accroissement de volume est dû en majeure partie à la pullulation en masse des bacilles de la matière tuberculeuse, et que du même coup les éléments anatomiques du tissu constituant du tubercule ont subi une atrophie correspondante. Si on enlève de petits fragments de tubercule après six ou huit jours de séjour dans la chambre antérieure de l'œil, pour les inoculer dans la chambre antérieure de l'œil d'un autre lapin, en poursuivant les transplantations successives sur une série de lapins, on finit par obtenir des cultures absolument pures du bacille de la tuberculose; autrement dit, la masse implantée dans la chambre antérieure ne renferme plus, outre les bacilles, que des granulations et des filaments de fibrine, quelques leucocytes provenant de l'humeur aqueuse et quelques éléments fibro-plastiques de nouvelle formation. Il ne reste plus aucune trace de la trame primitive du tubercule, et on ne découvre aucun autre micro-organisme que le bacille de Koch.

Les inoculations successives nécessitées par ce procédé de culture occasionnent des inflammations spécifiques de l'œil, suivies d'une tuberculisation généralisée.

— M. Falk avait eu antérieurement l'occasion de remarquer que le virus tuberculeux perd de sa virulence lorsque la putréfaction envahit des tissus qui sont le siège d'un foyer de tuberculisation. L'idée lui est venue de chercher à développer par voie expérimentale une tuberculose bénigne, en inoculant du virus atténué par la putréfaction; en même temps l'auteur se proposait de rechercher si les inoculations de cette nature n'auraient pas une valeur préventive contre l'infection tuberculeuse. M. Falk a constaté que pour rendre l'expérience concluante il fallait ne pas inoculer des masses tuberculeuses parvenues au plus haut degré de putréfaction. Il s'est donc borné à appliquer à la surface de la peau, à des lapins, des fragments de poumons tuberculeux envahis par une putréfaction commençante. Il a vu se développer aux lieux d'application une tuberculisation locale, sans lésions internes. Les foyers tuberculeux se mettaient à suppurer, et le contenu des abcès inoculés à d'autres animaux déterminait la tuberculose. Chez bon nombre des animaux en expérience, les lésions tuberculeuses locales ont abouti à la guérison par calcification. Les animaux se rétablissaient entièrement, mais ils n'avaient nullement acquis l'immunité contre la tuberculose. Au contraire, inoculés avec de la matière tuberculeuse fraîche, ils étaient plus rapidement infectées et ils succombaient plus tôt aux suites de l'infection que des lapins inoculés pour la première fois.

— M. Baumgarten a nourri des lapins avec du lait dans lequel il avait mis en suspension des bacilles de la tuberculose. Après une seule ingestion de 50 à 40 grammes de ce lait, ces animaux ont présenté, avec une constance remarquable, une infiltration tuberculeuse de la muqueuse de l'intestin, des ganglions mésentériques et du foie, d'autant plus accusée que le lait administré à l'animal avait été plus chargé de bacilles. Dans quelques cas où la lésion affectait son maximum d'extension, l'appendice vermiculaire et le gros intestin étaient parsemés d'ulcérations caséeuses, sur les bords desquelles on découvrait des tubercules à cellules épithélioïdes habitées par de nombreux bacilles de Koch. A la surface des amygdales, il existait également, dans quelques cas, des ulcérations infiltrées de bacilles; c'est pourquoi M. Baumgarten incline à admettre que l'infection tuberculeuse s'effectue déjà à la surface de la portion supérieure du tube digestif. En fait d'autres organes, les poumons seuls présentaient des lésions tuberculeuses.

Ajoutons que M. Baumgarten a eu des occasions fréquentes de constater que la putréfaction atténue la virulence des masses tuberculeuses.

E. Ricklin.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE.

Médication martiale d'après les travaux scientifiques les plus récents.

« Le fer, dit le professeur Hayem (1), est un des principes les plus importants de l'organisme et le seul métal dont la présence soit indispensable au maintien de la vie. Il existe dans toutes les parties de l'économie, mais nulle part il n'acquiert autant d'importance que dans le sang. »

Le sang d'un individu bien portant contient approximativement 3 grammes de fer, et lorsqu'il vient à diminuer, il y a dépérissement, l'appétit disparaît, les forces s'affaiblissent, le sang perd sa belle couleur naturelle et toutes ses qualités.

Dans un grand nombre de maladies, telles que l'anémie, la chlo-

(1) G. Hayem, professeur à la Faculté de médecine de Paris. *Recherches sur l'anatomie normale et pathologique du sang*. Paris, 1878. *Leçons de thérapeutique*. Paris, 1880.

rose, les hémorrhagies, la débilité, etc., il arrive parfois que le sang a perdu la moitié de son fer, et pour guérir ces maladies, il faut absolument restituer au sang le fer qui lui manque.

Le problème à résoudre était de trouver une préparation présentant le fer sous la forme qu'il doit revêtir pour pénétrer dans l'organisme sans fatiguer les voies digestives et sans rien enlever des qualités essentielles du suc gastrique (1).

Le docteur Rabuteau (2) a résolu le problème en préparant des dragées, contenant le fer à l'état où il doit être amené par l'estomac avant de passer dans le système circulatoire.

Ces dragées contiennent chacune, très exactement, vingt-cinq milligrammes de sel ferreux; elles doivent être prises à la dose de 2 à 3, matin et soir, aux repas.

Les ingénieux appareils imaginés par les professeurs Potain, Hayem et Malassez, pour l'examen microscopique du sang (3) ont permis aux médecins d'étudier comparativement la valeur des ferrugineux.

Il résulte de ces études comparatives que le véritable Fer Rabuteau est le plus physiologique de tous les ferrugineux, puisqu'il présente le fer sous la forme la plus normale pour pénétrer dans le sang et y être complètement assimilé.

En outre, n'étant ni styptique, ni caustique, et ne possédant aucune action coagulante et constrictive sur la muqueuse gastro-intestinale, ce ferrugineux ne provoque ni la constipation, ni la diarrhée; comme il ne demande, pour être absorbé, aucun travail digestif, il ne détermine jamais la pesanteur d'estomac, ni les accidents gastralgiques et dyspeptiques inhérents aux autres préparations.

Les effets thérapeutiques sont rapides et énergiques: chez des femmes dont les règles avaient cessé depuis un grand nombre de mois, l'aménorrhée disparut; chez d'autres, atteintes d'un état chloro-anémique persistant depuis longtemps, et d'autant plus grave que les ferrugineux ordinaires n'étaient pas supportés, les Dragées de Fer Rabuteau, prises à la dose de quatre par jour, ramenèrent en peu de temps les fonctions digestives à leur état normal. Il devait en être ainsi, puisque ce fer n'a pas besoin de l'intervention du suc gastrique, pour être rendu assimilable. Dans les chloro-anémies graves où le suc gastrique est très pauvre en acide chlorhydrique, les effets sont remarquables.

En résumé, dit l'UNION MÉDICALE, à laquelle nous empruntons cette note, les études comparatives et les observations cliniques recueillies dans les hôpitaux de Paris, ont démontré que la médication martiale par le Fer Rabuteau est la plus rationnelle de la thérapeutique.

(1) Ch. Richet. *Du suc gastrique chez l'homme et les animaux.* Paris, 1878.

(2) A. Rabuteau. *Traité de thérapeutique et pharmacologie.* Paris, 1884.

(3) Robert Moriez. *La Chlorose* (thèse d'agrégation). Paris, 1880.

FORMULAIRE

FORMULES POUR L'ADMINISTRATION DE LA SANTONINE.

(LEWIN).

M. Lewin part de ce fait que la santonine, très soluble dans le suc gastrique, se résorbe en partie dans l'estomac. Dès lors, à moins d'être administrée à doses toxiques, elle ne parviendra pas en quantité suffisante dans la dernière partie de l'intestin grêle, pour tuer en totalité les parasites (oxyures et ascarides) contre lesquels on a coutume d'administrer ce vermifuge. Lewin affirme qu'on réussit à tourner cette difficulté quand on administre la santonine dans de l'huile, enrobée ou non dans des capsules gélatineuses ou sous forme de pâte. Sous forme d'émulsion, la santonine, d'après les expériences de M. Lewin, n'est résorbée ni dans l'estomac, ni dans le gros intestin, et dans l'intestin grêle beaucoup plus lentement que lorsque le médicament est administré sous une autre forme. Voici les formules proposées par M. Lewin pour ce mode d'administration :

Rec. Santonine.................. 0 gr. 2
Huile de noix de coco...... 60

M. s. a. A prendre deux ou trois fois par jour une cuillerée à bouche de cette émulsion. Chaque cuillerée à bouche représente la moitié de la dose maxima à donner à un adulte. Chez les enfants, la dose sera de moitié moindre.

A l'huile de noix de coco on peut substituer l'huile de foie de morue, l'huile d'olives, de ricin.

Pour renforcer l'action vermifuge de la santonine, on peut lui associer de l'essence de semen-contra; on formulera par exemple :

Rec. Santonine.................. 0 gr. 2
Huile d'amandes douces...... 60 grammes
Essence de semen-contra.... IV gouttes

M. s. a. Deux à trois cuillerées à bouche par jour chez un adulte.

Quand on veut hâter le passage du vermifuge à travers le tube digestif, on substituera à l'huile d'amandes douces une quantité moindre d'huile de ricin; par exemple :

Rec. Santonine.................. 0 gr. 2
Huile de ricin.............. 20 grammes
Essence de semen-contra.... IV gouttes

M. s. a. Deux à trois fois par jour une cuillerée à thé.

Chez les personnes qui manifestent une grande répugnance pour les préparations huileuses, on fera enrober la santonine dans une pâte qu'on formulera :

Rec. Santonine.................. 0 gr. 2
Huile de ricin.............. 20 grammes
Essence de semen-contra.... IV gouttes
Sucre blanc.................. q. s.

Pour f. s. a. une pâte molle, à prendre en quatre fois, en l'espace de deux jours.

Ou bien encore on fera enrober la préparation dans une capsule gélatineuse, en prescrivant :

Rec. Santonine.................. 0 gr. 05
Huile de ricin.............. 5 grammes
Essence de semen-contra.. I goutte

Enrober dans une capsule gélatineuse, et faire quatre capsules semblables. A prendre deux à trois capsules dans les vingt-quatre heures.

(BERLINER KLIN. WOCHENSCHRIFT, 1883.)

E. R.

NOTES & INFORMATIONS

Nouvelles du choléra

LE CHOLÉRA. — Après le rapport précis développé mardi dernier devant l'Académie de médecine par M. Brouardel, toutes les hésitations sont tombées et l'opinion reste tristement édifiée sur la nature de l'épidémie qui a éclaté à Toulon. Les *nostras* sont définitivement battus et les *asiatiques* l'emportent.

Il ne nous reste donc plus qu'à suivre pas à pas la marche de la contagion asiatique, les efforts prophylactiques qu'on lui oppose.

Voici les nouvelles de source officielle arrivées de Toulon le 1er et le 2 juillet :

Dr Rochard à ministre de la marine.

Toulon, 2 juillet.

L'épidémie décroît, le nombre des décès diminue ; il n'y en a eu que neuf dans les 24 heures : sept en ville, deux dans les hôpitaux maritimes.

Nous comptons 90 malades dans les hôpitaux de la marine, mais 4 ou 5 seulement donnent des inquiétudes.

Les cas légers sont beaucoup plus nombreux que les cas graves.

Je crois que l'épidémie ne fera plus de progrès, qu'elle conservera sa bénignité, mais qu'elle durera quelques temps encore.

Directeur de la santé à ministre du commerce.

Toulon, 2 juillet.

La situation sanitaire tend à s'améliorer.

Peu de nouveaux cas et plutôt aux environs parmi les fugitifs. Ils restent isolés, sans propagation.

La situation des hôpitaux est bonne.

Préfet maritime à ministre de la marine.

Toulon, 2 juillet, 5 h. 1/2.

Pas de décès à l'hôpital principal depuis ce matin ; une entrée.

A Saint-Mandrier, 6 décès ; cinq entrées.

Il reste à Saint-Mandrier trois cas très graves et à l'hôpital maritime deux cas urgents.

Les chiffres des décès et des entrées indiqués par les dépêches de l'*Agence Havas* sont un peu plus élevés, savoir : 5 décès dans la journée du 1er juillet et la nuit du 1er au 2 juillet.

A Marseille, dans la nuit du 1er au 2, deux décès seulement ont été enregistrés par l'état civil.

En somme, l'épidémie reste non seulement stationnaiae, mais encore tend à rétrocéder.

Une dépêche de Lyon annonçant que des cas de choléra avaient été signalés dans la ville est absolument démentie.

Paris. — La Justice annonçait jeudi deux cas de choléra dans les hôpitaux de Paris.

Il est certain, tout au moins, qu'un cas de choléra léger existe en ce moment à l'hôpital Saint-Antoine. Est-il asiatique ? L'avenir l'apprendra. Il pourrait bien se faire, vu la chaleur excessive des jours précédents, qu'il s'agît là d'un cas de nature sporadique.

(Les nouvelles que nous recevons, au moment de mettre sous presse, ne laissent subsister aucun doute sur la nature sporadique du cas en question).

Toulon, 3 juillet.

Le bilan de la journée est de neuf décès, dont trois en ville, deux dans les faubourgs, un à l'hôpital civil, deux à Saint-Mandrier et un à l'hôpital de la marine. La situation ne se modifie pas.

— Le conseil d'hygiène a approuvé mercredi dernier les mesures prophylatiques proposées par M. A. Proust. Le projet de M. Proust sera publié, affiché à profusion.

Entre autres mesures, le Conseil d'hygiène propose d'ajourner la fête du 14 Juillet, en raison des dangers que ferait courir à la population parisienne, menacée par le fléau, l'afflux d'un grand nombre de provinciaux et d'étrangers.

Dans sa dernière réunion, la Société de médecine et d'hygiène professionnelles a émis le même vœu. Avant de séparer, la Société a nommé une commission de sept membres, composée de MM. Brouardel, Vallin, Grancher, Yvon, Laborde, Paul Strauss et Durand-Claye, chargés de rédiger le texte définitif des prescriptions sanitaires en vue du choléra.

Mesures préventives

Mesures préventives contre le choléra. — M. le préfet vient de prendre l'arrêté suivant :

Nous, préfet de police,

Vu la loi des 16-24 août 1790 et l'arrêté des consuls du 12 messidor an VIII.

Arrêtons :

Article premier. — Tous les voyageurs et leurs bagages provenant des régions où le choléra aura été officiellement constaté subiront, dans les gares, avant d'entrer à Paris, des mesures de désinfection.

Art. 2. — Les commissaires spéciaux des chemins de fer et le chef de la police municipale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 2 juillet 1884.

Le préfet de police,

E. Camescasse.

M. le préfet de police s'est rendu, hier matin, à la gare de Lyon, pour assister à l'application des mesures prophylactiques qu'il vient de prescrire.

— En outre, M. le préfet de police vient d'interdire toute expédition de fruits et de légumes frais en provenance des départements du Var et des Bouches-du-Rhône et à destination de Paris.

Cette mesure de prudence, bien que très rigoureuse, est une de celles qui doit avoir l'effet le plus sûr pour empêcher la propagation de l'épidémie.

—Enfin à partir d'aujourd'hui, dans tous les postes où il y a des boîtes de secours, du chlorure de zinc est mis gratuitement à la disposition de toute personne qui en fera la demande.

Le chlorure de zinc est avec le sulfate de cuivre le meilleur désinfectant. C'est un des antiseptiques recommandés par la commission d'hygiène qui, par contre, déclare absolument impuissants l'acide phénique et les produits similaires.

— Mesures de prophylaxie dans les écoles de paris. —Le directeur général de l'enseignement primaire, a envoyé hier, à tous les directeurs et directrices des écoles primaires du département de la Seine les instructions suivantes :

Procéder deux fois par jour à l'arrosage des classes à l'aide d'une solution au choix du médecin de l'école, qui doit visiter deux fois par semaine les classes, au lieu d'une fois par mois. Ne retenir les élèves sous aucun prétexte après quatre heures. Visiter les paniers, en retirer la salade et les fruits verts et les remplacer par une portion gratuite de la cantine. Donner aux élèves, à trois heures, une boisson composée de café, de rhum et d'eau. Informer les autorités de tout incident qui se produirait ; appliquer le règlement médical dans toute sa rigueur.

— Origine de l'épidémie. — Nos lecteurs ont vu par la lecture du Compte rendu des Académies que M. Brouardel, dans son remarquable rapport communiqué à l'Académie de médecine (séance du 1er juillet), a repoussé l'hypothèse qui représentait la *Sarthe* comme ayant importé le germe du choléra à Toulon. Une autre version circule aujourd'hui. M. Maurel, député du Var, qui s'était rendu à Toulon dès la première nouvelle de l'épidémie, est rentré hier matin à Paris. Interrogé par plusieurs personnes, l'honorable député a répondu qu'à Toulon personne ne doutait que le choléra ait été importé en France par la *Sarthe*. M. Maurel a ajouté que des effets avaient été transportés de la *Sarthe* sur le *Montebello*, où, quelques jours après, le choléra se déclarait. Les hommes

atteints ont été transportés à Toulon, d'où la propagation du fléau.

La crémation en Europe. — *Rapport sur l'utilité qu'il y aurait à autoriser la crémation des corps ayant servi à des études anatomiques*, par MM. Brouardel et Bartet. (Travaux du Conseil d'hygiène publique et de salubrité.) Voici les conclusions du rapport de M. Brouardel :

1o L'hygiène publique n'aurait rien à redouter de l'incinération des cadavres provenant des amphithéâtres de dissection, pourvu qu'elle soit faite dans des fours convenablement installés et ne dégageant aucune odeur ;

2º Au point de vue médico-légal, la crémation de ces débris humains ne présenterait aucun inconvénient.

Voici maintenant les renseignements recueillis à l'étranger par M. Bartet, ingénieur en chef, et communiqués à la commission :

Après avoir vu ce qui se passe sur place, M. Bartet tient à déclarer que les descriptions des appareils crématoires, telles qu'elles existent dans les livres, s'éloignent le plus souvent de la réalité ; aussi M. Bartet trouve fort sage la décision du conseil municipal de Paris, qui conclut qu'avant tout projet on se rendit compte de ce qui avait été tenté à Milan, à Brescia, à Gotha.

Milan est le berceau de la crémation : on y employait d'abord un appareil Gorini, qui était loin d'être arrivé à l'état de celui du même nom qu'on a fini par adopter. C'était une grillade obtenue par la combustion du bois dans un four distinct de la combustion. On a essayé ensuite un système dans lequel la chaleur était obtenue par la combustion du gaz d'éclairage. La dépense, étant donné le prix du gaz à Milan, était excessive et les résultats de la combustion ressemblaient à un os de côtelette qu'on avait oublié sur le gril.

On a construit ensuite l'appareil Veneni, qui repose sur les mêmes principes que le système Siemens (four à puddler). Cet appareil laissait à ses débuts beaucoup à désirer, car l'arrivée de l'air qui, par son mélange avec le gaz inflammable provenant d'un gazogène, doit fournir la chaleur nécessaire, ne se faisait pas régulièrement.

La Société milanaise de crémation est, en somme, revenue à l'appareil Gorini, auquel l'expérience avait permis d'apporter de très nombreuses modifications de détail, qui assurent aujourd'hui le fonctionnement régulier du système.

Le corps est enlevé de la bière et placé sur un plateau en tôle; la famille est alors appelée à reconnaître le corps de celui qui va être crémé. Puis, à l'aide d'un chariot un peu théâtral, le corps est conduit dans une salle où se trouvent les amis du défunt et amené devant la bouche d'un des fours dans lequel il pénètre au moyen d'un petit chemin de fer ; on allume alors les fagots de bois dont la flamme, par son mélange avec l'air, vient lécher et brûler le corps. Pendant la combustion, la porte du four étant ouverte, on ne sent aucune mauvaise odeur. Les gaz de la combustion s'échappent par une cheminée de vingt mètres de hauteur et passent avant de sortir dans une colonne de coke enflammée, où ils achèvent de se brûler.

M. Bartet a recherché si les gaz répandaient de l'odeur à l'extérieur. Il s'est mis, à des distances variables, dans la direction du vent, et il n'a absolument rien senti ; il y avait bien dans l'air de petits fragments sortant de la cheminée et tombant près du monument, mais il a vérifié que ces petits corps, sans odeur, provenaient des copeaux de bois qu'on avait introduits dans le foyer à coke de la grande cheminée.

La fumée est assez épaisse au début, quand on allume le foyer, et chaque fois qu'on ajoute du bois, si le chauffeur n'a pas le soin de ne jamais laisser tomber trop le feu.

M. Bartet a également interrogé les habitants du voisinage, et personne ne s'est plaint de la proximité de l'appareil crématoire.

Il y a, il est vrai, dans les cimetières en Italie une assez forte odeur qui provient sans doute du peu de profondeur à laquelle les corps sont inhumés; mais la crémation, si elle avait une odeur, se ferait sentir d'une façon si spéciale qu'il ne serait pas possible de ne pas la distinguer.

M. Péligot demande à M. Bartet si les Italiens n'auraient pas adopté la crémation que parce que leurs cimetières sentent mauvais.

M. Bartet répond qu'il ne le croit pas ; d'ailleurs en Italie la crémation est entrée dans les mœurs à ce point qu'il a vu, dans le cimetière de Milan, que pendant la crémation les personnes qui sont dans le cimetière même ne se dérangent pas plus pour assister à la crémation que s'il s'agissait d'une inhumation ordinaire.

C'est une société à Milan qui s'occupe de tout ce qui concerne la crémation, et elle a à sa tête le véritable apôtre de la crémation : M. le docteur Pini. La municipalité reste neutre ; elle attend, elle n'est nullement défavorable, mais officiellement elle ne veut prendre aucune initiative.

Toute personne peut, par testament ou par acte d'adhésion à la Société, demander à être crémée ; la famille, si la personne n'a pas exprimé de volonté contraire, peut aussi faire la demande. La Société envoie cette demande à la préfecture qui, avant de délivrer l'autorisation, consulte le procureur du roi.

Le procureur recherche si la cause de la mort est bien connue ; en cas de doute, l'autorisation n'est pas donnée.

En résumé, on prend toutes les précautions actuellement possibles au point de vue médico-légal.

A Milan, on brûle surtout des personnes de la localité ou des étrangers.

La dépense par crémation est, dit-on, de 7 à 8 francs, mais, d'après M. Bartet, il faut compter 15 francs.

Les sociétaires donnent 25 francs, les étrangers 50 francs. Un certain nombre de Français ont été crémés à Milan.

La crémation dure moins de deux heures et plus d'une heure et demie. La température ne s'élève pas au-dessus de 600º.

A Brescia, c'est M. le docteur Mouri qui est à la tête de la Société de crémation. Il assiste aux opérations comme le docteur Pini à Milan.

Le système employé est le système Veneni, auquel son auteur a fait subir beaucoup d'améliorations après son échec à Milan. Le gazogène est séparé complètement du four, qui est placé dans la salle même du crématoire, où se réunit la famille.

L'opération dure un peu plus d'une heure et demie ; la température varie entre 7 et 800 degrés. D'ailleurs la durée de l'opération dépend toujours de l'état plus ou moins graisseux du décédé ; un corps gras brûle plus vite qu'un corps maigre.

Les résidus de la crémation ont, dans tous les systèmes employés, un volume variable entre cinq ou six litres de cendres ou d'os blancs plus ou moins réduits en petits fragments ; l'emplacement des reins donne seul un résidu noirâtre.

Avec l'appareil Gorini, qui est actuellement à Rome, où il fonctionne, et à Londres, où il ne fonctionne pas encore, le corps, après la crémation, laisse des cendres et de petits fragments qui conservent sur le plateau la forme du corps.

M. Bartet pense qu'il n'y aurait aucun inconvénient à brûler les corps dans la bière, ce qui éviterait cette manutention du corps, toujours pénible.

En Allemagne, il existe un seul crématoire qui a été établi à Gotha avec l'autorisation du gouvernement impérial et avec les fonds que la municipalité avait recueillis. Tous les Allemands et même tous les étrangers qui veulent être crémés en Allemagne doivent donc être transportés à Gotha. Les dépenses pour chaque crémation, ainsi que l'amortissement du capital, sont payés par la famille du décédé, ce qui porte chaque crémation au chiffre de 150 marcs (187 fr.).

Le seul moyen qui ait été essayé est le système Siemens, de Dresde. C'est le principe du four à puddler avec tous ses récupérateurs de chaleur. Le fonctionnement n'en est régulier qu'à la con-

dition que le personnel employé sera irréprochable. Il y aura tontefois de nombreuses réparations dans l'appareil lui-même par suite des différences de température auxquelles les briques formant la construction sont soumises.

D'ailleurs, le système Siemens n'est recommandable que dans les industries où on a besoin d'une forte élévation de température ; or la pratique a démontré que dans la crémation il était inutile de dépasser une température de 800 degrés environ. A partir de cette température, il se forme autour des os comme une vitrification qui enveloppe le corps et le transforme presque en corps réfractaire.

D'ailleurs le système Siemens n'est pas exempt de petites explosions intérieures qui se produisent surtout au début de l'opération.

C'est la maison Siemens qui a construit elle-même le four de Gotha.

En résumé, M. l'ingénieur en chef Bartet proposerait le système Gorini, qui est très simple et qui lui a paru le meilleur.

— JOURNAUX ÉTRANGERS. — Par la plume de son directeur, le docteur Gaetano Strambio, la GAZZETTA ITALIANA-LOMBARDIA, du 28 juin, a judicieusement résumé l'histoire de l'invasion du choléra à Toulon.

Sans apporter dans sa narration et dans sa discussion des faits, la partialité et la passion qui animent d'autres journaux de l'Italie, M. Gaetano Strambio examine les assertions de M. Fauvel et, tout en rendant hommage au caractère de l'*illustre inspecteur du service sanitaire français*, M. Strambio fait ressortir que M. Fauvel « ne doit pas ignorer les conditions sanitaires du Tonkin, ni l'arrivée à Toulon de navires venant de ce pays, ni le fait de la mort par le choléra de quatre hommes à bord de la *Sarthe*, quand ce vaisseau était encore dans les eaux de la Cochinchine, ni l'histoire d'un ouvrier mécanicien mort à bord dudit vapeur durant la traversée et dont les *effets* ne furent pas brûlés, pas même désinfectés, ni un autre bruit très accrédité à Paris de deux marins morts du choléra depuis l'arrivée de la *Sarthe*, ni enfin que parmi les premiers sujets atteints à Toulon lorsque la maladie n'a pu être plus longtemps dissimulée, on trouve des ouvriers du port et des soldats de l'infanterie de marine. »

R. F. D.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — C'est avec un profond regret que nous avons appris la mort de M. le docteur Moreau (de Tours), qui a succombé le 26 juin, à six heures du matin, à une affection chronique de l'estomac. Il était âgé de 81 ans.

Aliéniste des plus distingués, ses nombreux travaux sur la pathologie mentale lui avaient valu une notoriété et une renommée universelles Son livre sur la *Psychologie pathologique* eût suffi amplement à illustrer sa brillante carrière.

Moreau (de Tours) était médecin de la Salpêtrière et chevalier de la Légion d'honneur.

— On annonce la mort du docteur Bassaget, qui, en 1879, avait publié deux gros volumes sous le titre suivant : *Traité d'hématologie dynamique pour servir de fondement à un système de pathologie vitaliste.*

⁂

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts en date du 30 juin 1884, la chaire de matière médicale de l'Ecole supérieure de pharmacie de Nancy est déclarée vacante.

— Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, en date du 30 juin 1884, l'arrêté en date du 15 juin 1884 portant qu'un concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques sera ouvert, le 15 décembre de la même année, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, est et demeure rapporté.

FACULTÉ DES SCIENCES DE BESANÇON. — M. Racapé est nommé préparateur de minéralogie et géologie, en remplacement de M. Constantin, retraité.

⁂

Le ministre de la marine et des colonies vient de désigner M. Rochard, inspecteur général du service de santé, pour représenter le département de la marine au Congrès international d'hygiène et de démographie de la Haye.

⁂

ASSISTANCE PUBLIQUE. — Mme la baronne Alquier vient de léguer par testament à l'administration de l'Assistance publique à Paris une somme de plus de cinq millions. Cette somme devra être affectée, d'après la volonté de la testatrice, à la fondation à Paris d'un établissement hospitalier qui porterait le nom de « Hospice Debrousse ».

Ce testament vient d'être attaqué par les parents héritiers de la testatrice. M. le directeur de l'Assistance publique est autorisé par le conseil municipal à se porter défenseur des intérêts de la ville.

⁂

EXPOSITION INTERNATIONALE D'HYGIÈNE DE LONDRES — Par arrêtés, pris sur la proposition de la Commission instituée pour organiser la participation de la France à l'Exposition internationale d'hygiène de Londres en 1884, et conformément au vote des exposants, M. le ministre du commerce a nommé pour faire partie en qualité de membres français du jury international de cette Exposition : MM. le docteur Arnould, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Lille ; Bérard, secrétaire du comité consultatif des arts et manufactures ; Berger, directeur du musée pédagogique ; docteur Brouardel, membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de médecine de Paris ; Buisson, inspecteur général de l'instruction publique, directeur de l'enseignement primaire ; Delhomme, député, membre du conseil départemental de l'instruction publique de Melun ; Dutert, inspecteur de l'enseignement du dessin ; docteur Gariel, ingénieur des ponts-et-chaussées, professeur à la Faculté de médecine de Paris ; docteur Henry Gueneau de Mussy, membre de l'Académie de médecine; Guillaume, membre de l'Institut, inspecteur général de l'enseignement du dessin ; Guy, président de la chambre syndicale des distillateurs en gros de Paris ; Jacquemart, inspecteur général de l'enseignement technique et des écoles d'arts et métiers ; Jarlaud, membre de la chambre de commerce et président de la chambre syndicale des vins et spiritueux de Paris ; Jordan, professeur à l'Ecole centrale des arts et manufactures, ancien président de la Société des ingénieurs civils de France ; Lavezzari, architecte en chef de l'hôpital de Berck-sur-Mer (Pas-de-Calais) ; docteur Layet, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Bordeaux ; Leblanc, membre de l'Académie de médecine, ancien vétérinaire en chef de la préfecture de la Seine ; Lesouféché, architecte ; docteur Liouville, député, membre du Comité consultatif d'hygiène publique de France ; de Montmahou, inspecteur général de l'enseignement primaire ; Müller (Emile), professeur à l'Ecole centrale des arts et manufactures ; docteur Napias, secrétaire général de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle ; Nourrit, de la maison Plon, Nourrit et Cie, libraires-éditeurs à Paris ; docteur Proust, membre de l'Académie de médecine, président de la Société de médecine publique ; Srieber, président de la chambre syndicale du caoutchouc ; G. Trélat, professeur à l'Ecole spéciale d'architecture ; docteur Vallin, professeur à l'Ecole de médecine militaire du Val-de-Grâce, secrétaire du Comité consultatif d'hygiène publique de France.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1884

1. M. Quermonne. Etude sur la pathogénie des névralgies. — 2. M. Greffier. Etude sur les troubles de la miction dans les maladies du système nerveux. — 3. M. Dupré. De l'hydrargyrie. — 4. M. Jégu. De la syphilis de l'oreille. — 5. M. Connen. Du traitement prophylactique de l'ophthalmie des nouveau-nés par l'acide borique.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 20 AU JEUDI 26 JUIN 1884.

Fièvre typhoïde 39. — Variole 9. — Rougeole 31. — Scarlatine 3. — Coqueluche 14. — Dipthérie, croup 36. — Dysentérie 0. — Erysipèle 3. — Infections puerpérales 4. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 47. — Phthisie pulmonaire 204. — Autres tuberculoses 10. — Autres affections générales 68 — Malformation et débilité des âges extrêmes 55. — Bronchite aiguë 21. — Pneumonie 59. — Athrepsie gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 36, — au sein et mixte 13. — Inconnu 7. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 80. — de l'appareil circulatoire 52. — de l'appareil respiratoire 59. — de l'appareil digestif 44 — de l'appareil génito-urinaire 22. — de la peau et du tissu lamineux 7. — des os, articulations et muscles 8. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 1. — Epuisement 0. — Causes non définies 2. — Morts violentes 38. — Causes non classées 5. — Total de la semaine: 962 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

DE LA VACCINATION PAR INJECTION SOUS-ÉPIDERMIQUE, par le docteur Bourgeois, médecin-major. In-8 de 20 pages. — Prix : 1 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

DE L'ALCOOL, SA COMBUSTION, SON ACTION PHYSIOLOGIQUE, SON ANTIDOTE, par le docteur Jules Jaillet, ancien chef du laboratoire de thérapeutique de la Faculté de médecine de Paris. Un volume in-8 de 180 pages. — Prix : 4 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

ETUDE SUR LES CANCERS DE L'ŒIL, par le docteur Gustave Dron. Un volume petit in-4 de 115 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

RECHERCHES HISTORIQUES, ETHNOGRAPHIQUES ET MÉDICO-LÉGALES SUR L'AVORTEMENT CRIMINEL, par le docteur Léon Galliot. In-8 de 130 pages avec deux tableaux de la statistique criminelle de la France. — Prix : 4 fr. Paris, O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Julius Michel. — LEHRBUCH DER AUGENHEILKUNDE, avec nombreuses planches et figures. Grand in-8.

E. Leyden et E. Pfeiffer. — VERHANDLUNGEN DES DRITTEN CONGRESSES FÜR INNERE MEDICIN. Grand in-8.

P. Kaatzer. — DIE TECHNIK DER SPUTUM. UNTERSUCHUNG AUF TUBERKEL-BACILLEN. Grand in-8.

J. Rosenbach. — UEBER MICRO-ORGANISMEN BEI WUNDINFECTIONSKRANKHEITEN, avec planches coloriées. Grand in-8.

Librairie J.-F. Bergmann, Wiesbaden.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.



GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr F. de RANSE;
Membres : MM. les Drs J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN;
Secrétaire : M. le Dr E. RICKLIN.

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

CLINIQUE CHIRURGICALE

NOTE SUR UN CAS DE LUXATION CONGÉNITALE DU GENOU EN AVANT, par M. ED. BLANC, interne des hôpitaux de Lyon. (Hôpital de la Croix-Rousse. — Service de M. Poncet.)

Nous venons d'observer à la Maternité de la Croix-Rousse, dans le service de M. le professeur Poncet, une difformité congénitale du genou, intéressante à plus d'un point de vue. Il s'agit, en effet, d'une luxation du genou en avant, lésion fort rare qui, dans le cas présent observé avec un grand soin, peut jeter un certain jour sur la pathogénie des difformités congénitales des articulations.

Olympe S..., vingt-sept ans, entre à la Maternité le 18 avril dernier, au terme d'une grossesse normale. Bien que d'apparence un peu frêle, elle jouit, dit-elle, d'une santé excellente; elle n'accuse aucun antécédent pathologique et héréditaire.

Première grossesse, il y a deux ans, terminée heureusement par la naissance d'une fille bien constituée et actuellement bien portante. Cette enfant n'a jamais eu de convulsions.

La deuxième grossesse a été également très bien supportée. La mère n'a subi aucun traumatisme, n'a éprouvé aucune émotion vive. Elle est tisseuse; son métier (qu'elle n'a quitté que la dernière quinzaine) ne la fatiguait nullement, ne l'exposait à aucune pression prolongée sur l'abdomen et ne l'obligeait à aucun effort considérable.

Au troisième mois, cependant, elle raconte qu'après avoir imprudemment essayé de soulever un lourd fardeau elle éprouva dans le flanc droit des souffrances assez vives, un point douloureux qui du reste ne dura guère qu'un jour et ne l'obligea pas à suspendre son travail.

Trois semaines environ avant l'accouchement, elle ressentit en se couchant de vives douleurs abdominales, en rapport avec des mouvements désordonnés du fœtus. Le lendemain, son ventre, très volumineux la veille, *était tombé*, mais ce changement de position de l'enfant ne modéra en rien l'énergie de ses mouvements. Quinze jours durant pendant lesquels la mère dut abandonner complètement son travail, il se livra à une série de mouvements d'une brusquerie et d'une intensité extrêmes, cessant par intervalles.

On eût dit, raconte la mère, femme intelligente qui se rendait très bien compte de ce que cet état de choses avait d'insolite, un enfant aux prises avec une attaque convulsive.

Les huit derniers jours, pas de mouvements désordonnés du fœtus. Le 18 avril, à onze heures du soir, l'accouchement se fait de la façon la plus simple et très rapidement.

Eaux très abondantes : première du sommet. A peine la nouveau-née est-elle couchée sur le lit voisin qu'on est frappé d'une déformation bizarre de son membre inférieur gauche. La jambe est fléchie sur la cuisse en sens contraire de la flexion naturelle, c'est-à dire dans le sens de l'extension.

La face antérieure de la jambe correspond à la face antérieure de la cuisse, mais ne la touche point; les deux segments du membre forment ainsi un angle ouvert en avant et en haut. Le creux du jarret est complètement effacé; on y constate au contraire une saillie notable. Dans la région rotulienne se voient deux plis transversaux de flexion situés à un centimètre l'un de l'autre, le supérieur plus profondément creusé.

Cette déformation, effrayante et grotesque tout à la fois, produit à première vue une impression qu'on ne saurait mieux comparer qu'à celle que donnerait un genou retourné.

Mais un examen même superficiel montre bientôt que les rapports réciproques des diverses parties de l'articulation ne sont pas à ce point changés.

La rotule, de forme normale et très mobile, est située au sommet de l'angle rentrant.

La saillie postérieure est formée par les condyles du fémur; mais ils ne sont pas complètement abandonnés du plateau tibial; on ne peut, en effet, les isoler tout à fait, et en déprimant au-dessous d'eux les parties molles, on arrive sur la surface articulaire du tibia, qui a basculé et regarde en bas et en arrière.

L'étrange déformation qui en résulte est encore exagérée par les mouvements incessants de l'enfant qui font subir au membre recourbé en arc une série d'oscillations verticales, ramenant chaque fois le pied contre la paroi abdominale, et même jusque sur le thorax, car à cette flexion du genou en avant se joint la flexion de la cuisse sur le bassin; double mouvement accompli par un même muscle : le triceps.

Ce dernier, en effet, est assez fortement rétracté; il forme comme une corde tendue et oppose une certaine résistance aux efforts de réduction; du reste, à peine la jambe est elle restituée en ses rapports normaux, qu'elle reprend aussitôt, si on l'abandonne à elle-même, sa position vicieuse.

On ne trouve nulle part trace de contusions ni de violences quelconques. Douleur très peu vive au toucher; pas d'atrophie du membre. Le pied, légèrement dévié en dehors, revient à son attitude normale une fois la réduction du genou opérée. Pas d'autres déformations.

En face d'une telle lésion, le diagnostic n'était pas douteux; il s'agissait là évidemment d'une *luxation congénitale du genou en avant* ou plus exactement, suivant la très juste remarque de MM. Lannelongue et Guéniot, d'un renversement de la jambe en avant, le tibia basculant au niveau de l'articulation du genou, sans abandonner complètement les surfaces condyliennes.

L'observation que nous venons de rapporter rappelle trait

pour trait, à quelques différences près, les rares exemples pnbliés jusqn'à ce jonr de cette intéressante affection.

La littérature médicale, en effet, n'en compte qn'nn nombre de cas très restreint. Ce sont d'abord trois observations déjà anciennes, dues à :

Châtelain (*Bibliothèque médicale*, t. LXXV, p. 103),

Bard (AMERICAN JOURNAL OF MED. SCIENCES, 1835, t. XV);

et Kluberg (de Kœnisberg) (JOURNAL DE DIEFFENBACH, 1837).

Récemment M. Guéniot, dans une communication à la Société de chirurgie (juillet 1880), en a fait connaître trois nouvelles observations dont deux personnelles et une de M. Motte (de Dinant, Belgique).

Enfin, au mois de mars dernier, M. Weinlechner (1) a présenté à la Société médicale impériale et royale de Vienne un enfant venu au monde avec une luxation congénitale du genou en avant. Il n'a observé que trois fois, dit-il, cette forme de luxation congénitale, qui est extrêmement rare.

Nous éliminons les trois cas bien connus de Cruveilhier, Bouvier et J. Guérin, où la luxation s'est produite chez des fœtus monstrueux, atteints de nombreux vices de conformation. Ces cas complexes nous semblent se rattacher très imparfaitement à notre sujet ; nous n'avons en vue que ceux où la luxation, an contraire, constitue l'unique lésion et se manifeste chez des enfants bien vivants, bien constitués, venus à terme et sans aucune violence. Un seul de ces enfants (deuxième observation de M. Guéniot) a été extrait avec le forceps, mais l'emploi de l'instrnment n'a pu avoir aucune inflnence ; ceci ressort nettement des détails de l'observation.

Si maintenant, abordant le côté théoriqne de la question, nous cherchons à nous expliquer le mode de prodution d'une telle difformité, nous nous heurtons à un problème difficile, que les auteurs ont maintes fois essayé de résoudre par diverses théories. Nous ne voulons point les rappeler toutes ici, désirant seulement donner du cas particulier qui nous occupe une interprétation rationnelle. Voyons d'abord comment l'on a pu expliquer les quelques cas semblables au nôtre.

Chatelain, Kluberg, Motte ont mis la déformation du fœtus sur le compte de traumatismes divers, subis par la mère.

Chatelain l'attribue à une chute grave de la mère au septième mois.

Kluberg accuse une cause analogue : le choc du bas-ventre contre un lit, deux mois avant l'accouchement.

Motte incrimine l'influence de pressions extérieures répétées, la femme ayant l'habitude d'appuyer contre son ventre une énorme marmite.

Chez notre femme, nous ne pouvons, de toute évidence, accuser un traumatisme, puisqu'elle n'en a subi aucun. Du reste M. Guéniot n'a-t-il pas prouvé que des violences extérieures sont incapables de produire de telles luxations, opinion foudée sur des expériences cadavériques pratiquées chez des enfants morts au 15e jour ? On pourrait, il est vrai, accepter avec Malgaigne que le traumatisme, bien que n'agissant pas directement, comme le voulaient les auteurs précédents, puisse devenir cause occasionnelle en provoquant chez le fœtus des mouvements désordonnés, pouvant amener une contraction violente du triceps, etc. Mais, encore une fois, cette explication ne saurait être ici acceptée, puisqu'il n'y a pas eu de traumatisme.

Attribuerons-nous, comme M. Guéniot l'a fait pour nn de ces cas, une certaine influence étiologique aux tractions opérées par le cordon sur la jambe luxée ? Mais ce qni, dans le cas de cet anteur, était nn fait d'observation, ne serait dans le nôtre qu'une hypothèse purement gratuite.

Quelle cause donc invoquer ? En nous reportant à notre observation, nous voyons que le seul fait saillant, le seul accident sérieux qui ait marqué la grossesse de la femme en question, ce sont des mouvements désordonnés du fœtus, survenus brusquement, sans cause appréciable, au dernier mois. Nous pensons que cette agitation vraiment insolite est, dans l'espèce, d'une importance capitale. Pourquoi ne pas voir là un exemple de convulsions intra-ntérines provoquant une position vicieuse ? L'enfant, jusque-là dans une bonne situation, est, par le fait de la crise convulsive, chassé de sa position première. Sous l'influence de cette attitude vicieuse, le triceps se contracte et porte la jambe dans l'extension forcée : double cause d'agitation du fœtus qui tente en vain de corriger par des efforts répétés ce qne sa situation a de défectueux. Mais l'utérus réagit, et, dans cette lutte entre le contenant et le contenu, le premier l'emporte ; il maintient ou exagère l'attitude vicieuse du membre, pendant que la contraction répétée des extenseurs effectue peu à peu la disjonction des os.

Nous sommes donc amené à faire rentrer ce cas dans la théorie déjà formulée par Béclard, Jœrg et Rudolphi, sur le rôle prépondérant que jouent les affections convulsives du fœtus, amenant à leur suite les contractures et les paralysies musculaires, dans les difformités articulaires congénitales, théorie à laqnelle M. J. Gnérin vint apporter, comme on sait, l'appui de ses observations.

Du reste, l'existence de convulsions intra-utérines dans les cas de ce genre paraît actuellement bien démontrée par quelques observations. Je ne citerai que celle, devenue classique, de Chaussier. Il s'agit d'une jenne dame d'une constitution faible, qui ressentit au commencement du neuvième mois des mouvements si brusques et si violents qu'elle fut snr le point de tomber en syncopc. Elle accoucha d'un enfant affecté de luxation du bras gauche en arrière.

Il nous paraît inutile d'insister sur les analogies qu'offre ce cas avec le nôtre.

En résumé : attaque convulsive du fœtus ; rétraction du triceps, attitude vicieuse consécutive de la jambe, peut-être maintenue et exagérée par les contractions de l'utérus : telle nous a paru, dès le premier jour, avoir été la marche du processus de la déviation.

Du reste, là nous ne devions guère tarder à voir notre hypothèse pleinement confirmée. Huit jours après sa naissance, l'enfant, qui jusque-là avait présenté des symptômes d'agitation très prononcés, dormant très peu et criant beaucoup, fut prise d'un accès convulsif complet, qui dura environ deux à trois minutes.

Le soir du même jour, deuxième accès, moins fort et moins prolongé.

Le lendemain, toute trace d'état morbide avait disparu, mais l'enfant présentait encore, quoique moins accnsés, les mêmes symptômes d'agitation. Jusqu'à son départ, qui eut lieu un mois après, elle n'a pas subi de nouvelle attaque convulsive. L'examen le plus attentif n'a révélé aucune altération organique qui pût expliquer l'éclampsie.

Il n'est nnl besoin, croyons-nous, d'insister sur l'intérêt théorique qu'offrent ces deux faits importants dans l'histoire de notre petite malade : *mouvements désordonnés dans l'uté-*

(1) WIEN. MED. BLÄTTER, MÄRZ, 2).

rus et convulsions après la naissance. On nons accordera sans peine qne le dernier expliqne suffisamment l'origine dn premier, qne l'attaqne d'éclampsie de l'enfant démontre, sinon d'une façon absolne, du moins snivant tonte probabilité, la nature convulsive des mouvements désordonnés du fœtus.

Mais revenons à l'état local, à la lésion. Quelle en est la marche et la gravité? Si nous interrogeons l'expérience des anteurs qni ont observé de tels faits, ils nons apprennent qne cette lésion, en apparence si grave, comporte nn pronostic des plus bénins. Elle guérit vite et bien, sans nécessiter nne thérapentique chirurgicale hien compliquée.

La réduction a toujonrs été facile, et il a suffi d'nn temps trés conrt d'immobilisation dn membre redressé ponr prévenir la reproduction dn déplacement.

C'est ainsi que se sont passées les choses dans les cas de Châtelain, Bard. Kluberg et Motte. Le résultat n'a pas été moins heureux dans les deux observations de M. Guéniot. La réduction opérée, il a suffi de serrer le maillot en accolant les denx membres inférieurs l'un à l'autre. A l'aide de cette simple précaution, la guérison était complète qninze à seize jours après la naissance; les monvements de la jambe étaient presque aussi libres que ceux du côté opposé. Un an aprés, on constatait la permanence de la guérison.

Cependant, d'après les cas signalés dernièrement par M. Weinlechner, le pronostic serait loin d'être toujours aussi favorable. Pour cet auteur, la guérison est rarement complète, en raison de l'extrême tiraillement qu'ont subi les ligaments. Aussi fixe-t-il le genou au moyen d'un appareil plâtré, et pense-t-il que, même dans les cas les plus favorables, il y a lieu de faire porter un appareil de soutien pour assurer la guérison.

Nous croyons qu'on doit attribuer cette divergence d'opinions à la nature des cas observés. Dans les déviations rapportées par M. Weinlechner, le déplacement des surfaces articulaires était sans nul doute plus complet, le plateau tibial ayant totalement abandonné les surfaces condyliennes. Quoi qu'il en soit, ces cas relativement plus graves devront être présents à l'esprit et dicter au praticien un pronostic plus réservé.

Chez notre petite malade, la *restitutio ad integrum* a été quelque temps entravée, sous l'influence des secousses musculaires imprimées à son membre, par les crises convulsives. Mais bientôt la guérison suivait un cours régulier. Grâce à des frictions exercées sur le triceps contracturé et à l'accolement des deux membres inférieurs, ainsi qne l'avait conseillé M. Poncet, la déformation diminuait de jour en jour. A peine, l'enfant étant au repos, observait-on le vingtième jonr quelque chose d'anormal dans la situation et la forme du membre, si grotesque au début.

Les condyles faisaient toujours nne saillie dans le crenx poplité, mais bien moins considérable. Quant au triceps, la contracture avait en grande partie disparu, et l'on ne constatait plus à son uiveau la corde dure et tendne qn'il formait aux premiers jours.

Au bout d'un mois, la mère sort de l'hôpital, emmenant son enfant presque complètement guérie. La petite malade est revue quelques semaines plus tard; on ne constate à peu près plus aucune différence entre les deux genoux.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

HYSTÉRECTOMIE POUR UN CORPS FIBREUX DE L'UTÉRUS COMPLIQUÉ D'HYDRONÉPHROSE SUPPURÉE ADHÉRANT AU CORPS FIBREUX. — LIGATURE ÉLASTIQUE DU PÉDICULE MAINTENU A L'EXTÉRIEUR. — TRAITEMENT ULTÉRIEUR DE L'HYDRONÉPHROSE. — GUÉRISON, par M. S. POZZI.

Il s'agit d'une femme de 43 ans, Esther L..., couturière, entrée le 25 août 1883, à l'hôpital Pascal (annexe de Lourcine).

Réglée à 14 ans, pas d'enfants ni de fausses couches.

Deux tumeurs remplissent l'abdomen : l'une médiane, solide, faisant corps avec l'utérus, est un corps fibreux du volume d'une tête d'adulte, dont le début remontait à 8 ans ; l'autre située dans l'hypochondre, le flanc et la fosse iliaque du côté droit, fluctuante et manifestement liquide, date de 4 ans. L'une et l'autre tumeur se sont développées lentement sans donner lieu à d'autres symptômes morbides qu'une légère douleur locale et nne gêne croissante pour la marche, si bien que la malade a dû cesser tout travail.

Il n'y a jamais eu de métrorrhagies ; jamais de coliques néphrétiques, ni de pus dans les urines.

Entrée à la Pitié, service du professeur Brouardel, le 21 juillet 1883, elle y subit une ponction de la tumeur liquide pour laquelle on porte le diagnostic d'hydronéphrose.

On retire 650 grammes d'un pus que la malade compare à de la purée de pois L'analyse chimique y a décelé une très forte proportion d'urée.(Communication du docteur A. Robin, suppléant du professeur Brouardel.)

La tumeur ne reste pas longtemps affaissée. Elle se remplit de nouveau, et en même temps apparaissent des accès fébriles tous les soirs. Une seconde ponction n'amène pas de liquide; il est probable qu'elle aura été faite trop en avant et aura pénétré dans le corps fibreux.

C'est alors que la malade entre à l'hôpital Pascal.

La tumeur du ventre offre un volume considérable

A droite, tout l'espace compris entre les fausses côtes et le bassin est rempli par le kyste fluctuant. Au milieu et à gauche, remontant jusqu'au niveau de l'épigastre, siège la portion solide ou utérine de la tumeur, qui se continue manifestement avec la précédente, donnant à l'ensemble la forme d'un cœur de carte à jouer.

Le toucher vaginal montre le col abaissé et permet d'arriver tout autour sur la tumeur solide. Celle-ci est tout à fait immobile, mais ne se prolonge pas en arrière dans le petit bassin. Le toucher rectal confirme cette dernière particularité.

L'état général de la malade est devenu tout à fait mauvais.

Elle a perdu l'appétit et les forces, elle garde constamment le lit avec une légère fièvre hectique à accès vespéraux ; la température, normale le matin, oscille le soir entre 38 et 38°,5. La malade ne peut dormir qu'à l'aide d'une injection de morphine pratiquée chaque soir, vu les douleurs qu'elle ressent dans le côté et qu'exagère la pression.

L'urine traitée par la chaleur et l'acide nitrique est très légèrement albumineuse.

En présence de cette tumeur complexe, le chirurgien avait à se poser diverses questions :

1° L'opération était-elle indiquée ? L'état de plus en plus grave de la malade montrait que c'était l'unique chance de salut.

Elle la demandait dn reste énergiquement.

2° Fallait-il se borner à une opération partielle ayant pour but de guérir l'hydronéphrose suppurée, dont le diagnostic était assuré par la ponction antérieure ? Laisser dans l'abdomen la tumeur utérine, qui avait déjà amené la destruction d'un des reins, était trop menaçant pour l'autre et par suite pour la vie elle-même de la malade.

Le chirurgien se proposa donc de faire une opération radicale.

3o Fallait-il opérer simultanément le kyste rénal suppuré et le fibrome utérin par la laparotomie? Enlever celui-ci et énucléer celui-là ou tout au moins le déterger et le drainer par l'incision abdominale?

Il parut que c'était là une entreprise trop périlleuse, qui, d'une part, aurait causé des délabrements énormes, si l'extirpation de toute la masse avait été tentée; qui, d'autre part, aurait exposé à la septicémie rapide par la voie péritonéale, si on n'avait pu enlever toute la poche purulente et si une communication quelconque eût été établie entre la cavité kystique et celle de la séreuse abdominale.

Restait donc un dernier parti à prendre : scinder en deux l'opération, traiter en deux temps et par deux voies différentes la tumeur utérine et la collection purulente qui lui adhérait; éviter le plus possible d'aggraver la première opération par la seconde; diminuer en un mot le danger en le divisant et le répartissant sur deux époques suffisamment éloignées.

D'après cette conception générale, le chirurgien adopta le plan opératoire suivant : commencer par évacuer le kyste purulent par une ponction aspiratrice, sans espoir d'amener ainsi sa guérison définitive, mais pour maintenir la poche affaissée au moins pendant quelques jours. Profiter de ce répit pour pratiquer l'hystérectomie, sans danger de rompre un kyste trop tendu; faire cette opération en prenant le plus grand soin de ménager la paroi de la poche purulente, et par suite avec le projet arrêté de faire au besoin un pédicule supplémentaire avec la portion d'hystérome adhérente à celle-ci.

Enfin, si la malade surmontait les dangers formidables d'une pareille entreprise, traiter ultérieurement l'hydronéphrose suppurée, demeurée la seule lésion, d'abord par les moyens les plus simples, ponctions et lavages antiseptiques, et au besoin par des moyens plus énergiques, ouverture large et drainage dans une partie déclive de la poche, dès que la malade aurait de nouveau la force de supporter ce traitement. C'est ce plan qui a été suivi de point en point et qui a abouti à la guérison.

Le 17 septembre 1883, ponction aspiratrice. On retire un litre et demi de pus épais, verdâtre. La tumeur du flanc droit disparaît presque complètement.

Le lendemain, 18 septembre, l'ouverture de l'abdomen est pratiquée : incision partant un peu au-dessus du pubis et dépassant en haut de six centimètres l'ombilic. (Une grande ouverture était nécessaire pour bien se reconnaître et manœuvrer à l'aise.) Adhérences molles, généralisées, assez facilement décollées avec la main; partout, sauf en arrière, où cette manœuvre est plus laborieuse. — La tumeur utérine est ainsi complètement dégagée dans toute sa surface. Restait, pour l'enlever, à la détacher des trois connexions suivantes :

1o A gauche, le ligament large qui s'implantait sur sa partie inférieure;

2o A droite, le ligament large dédoublé et remplacé par une énorme adhérence de l'hystérome avec la poche préalablement ponctionnée et dont les parois paraissent très résistantes. Cette adhérence occupe une étendue comparable à deux fois la surface de la paume de la main (avant l'énucléation du corps fibreux);

3o Inférieurement, le col utérin, ou pour mieux dire la partie inférieure de l'utérus.

Pour faciliter cette manœuvre compliquée, M. Pozzi commença par circonscrire de toutes parts le champ opératoire à l'aide de trois ligatures élastiques placées dans les points précités, c'est-à-dire :

1o A l'union de la masse utérine et du ligament large gauche;
2o Sur l'adhérence droite de l'utérus et de la poche rénale;
3o Sur le col utérin à la base de la tumeur.

Cette dernière ligature est double, et passe par transfixion à travers le col utérin, dont chaque moitié est étreinte isolément; la ligature de la moitié droite du col étreint aussi ce qui reste de distinct du ligament large droit. Il y a donc en tout quatre anses élastiques. Ces ligatures demeureront provisoires ou seront rendues définitives selon le cours ultérieur de l'opération.

S'étant assuré ainsi d'une parfaite hémostase, le chirurgien, armé d'un couteau d'amputation, fendit alors rapidement de haut en bas la tumeur utérine dans toute son épaisseur, de manière à la séparer en deux moitiés; puis, à l'aide du doigt et de la spatule, chacun de ces deux segments fût énucléé de la coque musculaire où il était contenu.

On dut peur cela avoir parfois recours aux ciseaux. Il n'y eut aucun écoulement sanguin.

Cette première partie de l'opération avait été relativement rapide; la seconde, constituée par la confection du pédicule, devait être plus laborieuse.

On commença par remplacer la ligature élastique qui serrait le ligament large gauche par une double ligature de soie phéniquée; puis on sépara ce ligament de la capsule utérine qui existait seule à la place de la tumeur. On essaya de faire la même manœuvre à droite, au niveau de la grande adhérence de la poche rénale; mais on dut y renoncer après avoir perdu beaucoup de temps, et replacer la ligature élastique, pour se rendre maître de l'hémorrhagie.

Pour la même cause, les anses élastiques qui étreignaient le col utérin et le ligament large droit furent laissées en place.

On coupa toute la coque du tissu utérin, jusqu'à deux travers de doigt au-dessus des ligatures élastiques, et on se mit en devoir de maintenir ce volumineux moignon à l'extérieur. — La tâche était difficile : pour y parvenir, une section fut faite entre la ligature élastique du ligament large droit et celle qui serrait à sa base le lambeau très vasculaire de capsule utérine adhérent à la poche de l'hydronéphrose.

Ce lambeau constitua un premier pédicule. Un second fut formé par le col utérin lui-même et la base du ligament large droit. (On le voit donc; les ovaires ne furent pas enlevés.) Il fut nécessaire, pour amener et maintenir ces deux pédicules à l'extérieur, de les traverser avec de fortes broches qu'on dut également passer au travers des parois abdominales, vu la grande profondeur où étaient situés les moignons utérins. Ces broches, passées en arrière des liens élastiques, ont été d'une efficacité manifeste pour éviter la rétrocession des pédicules au moment de leur élimination.

Cette seconde partie de l'opération avait été très longue et très laborieuse; toutefois on avait pu opérer presque constamment en dehors du ventre, en maintenant les parois abdominales rapprochées au-dessus des viscères; et on n'avait eu qu'une perte de sang insignifiante, malgré l'extrême vascularité des tissus divisés. Après la toilette rapide du péritoine, les parois abdominales sont refermées avec des sutures profondes et superficielles multipliées en couronne autour du double pédicule, de manière à affronter très exactement les surfaces péritonéales. Une ligature de sûreté, en forte soie, est placée autour du pédicule principal.

Durée totale de l'opération : deux heures quarante-cinq minutes. Pansement avec de la tarlatane imbibée d'une solution de sublimé à 2,000e.

(La pulvérisation phéniquée a été faite tout le temps dans la pièce, pour maintenir la saturation de l'atmosphère, mais le jet n'a pas été dirigé sur la malade.)

Les suites de l'opération furent très bénignes; les pédicules présentèrent une tendance considérable à s'enfoncer dans la cavité abdominale; mais grâce aux broches (qui furent coudées sous cet effort) il n'y eut pas de ce chef le moindre accident. Suppuration assez abondante autour du double pédicule mortifié, dont la fétidité est très bien combattue par des pansements au vinaigre de Pennès. A la chute des pédicules, survenue le 29 septembre, il reste une énorme cavité granuleuse en forme d'entonnoir qui se rétracte peu à peu. La cicatrisation est complète le 20 octobre.

Jusqu'à ce moment, la cavité de l'hydronéphrose était restée à

peu près vide. Les douleurs qui siégeaient à son niveau avant la ponction n'avaient même pas reparu. La palpation faisait reconnaître une tumeur du volume d'une orange environ.

Dans les premiers jours de novembre 1883, le kyste recommence à grossir; toutefois la malade, qui se croit guérie, demande à sortir de l'hôpital pendant quelque temps.

Son état général est excellent; elle a repris des forces et de l'appétit et marche facilement, quoique un peu courbée sous l'influence de sa cicatrice abdominale.

Au mois de janvier, la poche purulente remplit de nouveau le flanc droit et la fosse iliaque du même côté; la compression qu'elle exerce donne lieu à des fourmillements dans la jambe.

Aucune réaction générale.

Le 20 janvier 1884, ponction avec l'appareil Potain; on retire deux litres d'un pus verdâtre, inodore, où l'analyse chimique révèle 4 grammes d'urée. La poche est lavée avec une solution de sublimé au millième, jusqu'à ce que l'eau ressorte claire.

Compression abdominale.

A la suite de cette petite opération, il n'est survenu aucun phénomène morbide. La poche est restée vide et rétractée au delà de toute attente.

Au bout d'un mois de séjour à l'hôpital, la malade demande à sortir; il n'y a plus dans le flanc droit qu'une sorte de bride que l'on sent en déprimant les parois abdominales.

Depuis lors, elle est revenue plusieurs fois se soumettre à notre examen, et la dernière le 15 mars; il n'y a pas trace de récidive. (Si celle-ci s'était produite, on se proposait de faire une large incision et le drainage de la poche dans un point déclive, comme il a été dit plus haut.)

L'opérée a repris son travail et jouit d'une parfaite santé; il y a tout lieu d'espérer que la guérison est cette fois définitive.

En terminant, M. Pozzi insiste sur deux points mis en relief par cette observation :

1° Le rôle des corps fibreux de l'utérus dans la production de lésions rénales et en particulier de l'hydronéphrose.

Il a trouvé de nombreux cas dans la littérature médicale qui seraient à rapprocher du sien. On conçoit toute l'importance de ce fait au point de vue des indications thérapeutiques et aussi du pronostic. Beaucoup de morts rapides après l'hystérectomie doivent, sans aucun doute, être attribuées à une dégénérescence plus ou moins avancée de l'appareil rénal, dont la gravité a été subitement exagérée par l'action perturbatrice du traumatisme;

2° L'utilité considérable de la ligature élastique dans les opérations d'ablation de tumeur abdominale, soit qu'on s'en serve temporairement pour assurer rapidement l'hémostase durant l'opération, soit qu'on la transforme en mode définitif de ligature du pédicule.

REVUE CRITIQUE

L'excitabilité de l'écorce du cerveau

La question est toujours discutée de savoir si la substance grise de l'écorce du cerveau répond aux excitations, quelles que soient d'ailleurs celles-ci, électriques ou autres. C'est là un point cependant sur lequel le physiologiste n'a pas seul intérêt à être fixé, mais dont la connaissance importe aussi au médecin. Pour ne prendre qu'un exemple, la clinique ne doit-elle pas se préoccuper directement de toutes les études qui concernent l'épilepsie d'origine cérébrale?

Dans ces derniers temps, différents travaux (1) ont de nouveau posé le problème, à divers points de vue. Il n'est sans doute pas inutile de soumettre ces travaux à un examen critique, rapide, mais précis, autant du moins qu'il est possible sans entrer dans trop de détails.

I. Faits qui démontrent que l'écorce est excitable électriquement.

1. *Etat général de la question.* — L'excitabilité du cerveau, celle surtout de la couche superficielle de cet organe, a été niée jusqu'en 1870. Personne, parmi les médecins, n'ignore que Galien, dans l'antiquité, et, dans les temps modernes, Lorry, Haller, Flourens, Longet, croyaient que la substance grise corticale est tout à fait inexcitable. Haller, étendant la sensibilité de tous les organes du corps, conclut en ces termes de ses expériences sur le cerveau : *Non ergo videtur aut sensum in cortice cerebri exerceri, aut plenam perfectam que causam motus muscularis in eo habitare, quum prœterea plurima experimenta demonstrent, profundo demum loco et a cortice cerebri valde remoto, medullam lædi oportere, ut convulsio superveniat.* (*Elementa physiologiæ*, t. IV, p. 392, cité par Ch. Richet, in *Physiol. des muscles et des nerfs*, 1882, p. 843.) Longet contrôle soigneusement les expériences de ses devanciers, en institue de nouvelles et arrive également à cette conclusion, à savoir qu'on peut irriter les lobes cérébraux mécaniquement, chimiquement, électriquement, chez les animaux, sans déterminer de secousses musculaires (*Anat. et Physiol. du syst. nerveux de l'h. et des animaux vertébrés*, t. I, 1842, p. 644).

Ainsi cette doctrine, qu'il est permis d'appeler la doctrine de Galien, de Haller et de Longet, était classique. Les recherches célèbres de Fritsch et Hitzig, en 1870, l'ébranlèrent fortement (*Ueber die elektrische Erregbarkeit des Grosshirns*, *Reichert und Dubois-Reymond Archiv*, 1870). Non seulement il résultait des expériences de Fritsch et Hitzig qu'il y a dans le cerveau des circonvolutions qui peuvent être excitées par l'électricité (courants induits ou courants de pile), mais encore que ces excitations déterminent des mouvements divers, suivant les points excités, et que l'extirpation de la portion de substance grise, reconnue pour être le centre de ces mouvements, amène la paralysie de ces mêmes mouvements.

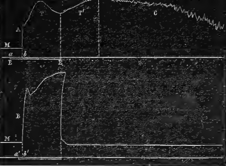
De nombreux travaux vinrent bientôt confirmer ces importants résultats. La théorie des centres moteurs cérébraux fut surtout établie par D. Ferrier (*Experimental Researches in cerebral physiology and pathology*, *West riding asylum med. Reports*, 1873). On sait que Ferrier a réuni ses publications relatives à ce sujet dans un livre fameux : *Functions of the brain*, 1876 (trad. en fr. par H.-C. de Varigny, 1878). Après lui, Putnam (*The Boston medical Journal*, 1874); Rouget (*Comptes rendus de la Soc. de biologie*, 1875), d'autres ex-

(1) *Note sur le déplacement des points excitables du cerveau*, par M. Bochefontaine (*Arch. de physiol. norm. et pathol.*, 1883, t. I). — *Sur le cerveau moteur*, par M. Couty (Idem, 1883, t. II, et 1884, numéro de janvier). — *Recherches expérimentales et critiques sur les convulsions épileptiformes d'origine corticale*, par MM. François-Franck et Pitres (Idem, 1883, t. II). — *Dell' azione terapeutica del bromuro di zinco paragonata a quella del bromuro di potassa e dello zinco*, par M. B. Testa (*Il Morgagni*, avril 1884). — *Recherches expérimentales sur l'excitabilité électrique des circonvolutions cérébrales et sur la période d'excitation latente du cerveau*, par M. H.-C. de Varigny (Th. de doctorat, Paris, 1884).

périmentateurs encore, constatèrent les mêmes faits ou des faits analogues de mouvements localisés dans les membres, à la suite d'excitations électriques portant sur certaines régions de l'écorce cérébrale. Puis on observa d'autres phénomènes concordants avec ces faits : deux physiologistes italiens, Albertoni (*Annali universali di medicina*, 1879 ; *lo Sperimentale*, 1881) et Luciani (*Riv. sperimentale di freniatria e di med. legale*, 1876 ; *Arch. italiano per le malattie nervose*, 1881) purent provoquer l'épilepsie chez les animaux par des lésions corticales.

En même temps des expériences, constituant une véritable contre-épreuve de celles de Ferrier, étaient réalisées par les recherches de O. Soltmann sur l'électrisation du cerveau chez les chiens et les lapins nouveau-nés. Soltmann a montré (*Jahrb. für Kinderheilk. und physiche Erziehung*, 1876) que l'électrisation de l'écorce ne provoque aucune réaction motrice chez les nouveau-nés, le système nerveux supérieur étant encore en voie de développement et ses fonctions n'étant pas encore nettement différenciées ; ce n'est qu'à partir du dixième jour qui suit la naissance que les centres psycho-moteurs se développent. M. Rouget a signalé les mêmes faits que Soltmann, et M. C. de Varigny vient encore de les vérifier (Th. de doctorat).

2. *Phénomène de l'addition latente.* — Des expériences d'un autre ordre achevèrent de rendre de plus en plus certaine l'excitabilité de la substance grise. M. Ch. Richet a très bien étudié un caractère particulier de la réponse des centres nerveux aux excitations : c'est le phé-



A. — De *a* en *b*, période d'excitation latente. — T. tétanos provoqué pendant l'excitation de l'écorce EE. — T', tétanos spontané consécutif. — G, période clonique avec diminution graduelle des secousses. (M, muscles extenseurs du poignet gauche. Chien.)

B. — *a' b'*, période d'excitation latante, beaucoup plus courte. Tétanos provoqué par l'excitation intense de la substance blanche après ablation de la région corticale précédemment excitée. Pas d'attaque consécutive.

Figure schématique (1) destinée à montrer la différence des effets produits par l'excitation de la substance grise A et par celle de la substance blanche B. Le phénomène de l'addition latente n'est pas indiqué sur ce schéma.

(1) D'après des tracés de M. François-Franck (mémoire cité) et de M. Ch. Richet (*Anat. et Physiol. des circonvolutions cérébrales*).

nomène de l'*addition latente*, assez peu marqué dans le muscle ou dans le nerf, extrêmement marqué dans le tissu cérébral, et qui consiste en ce que des excitations électriques, inefficaces quand elles sont isolées, provoquent, répétées un certain nombre de fois par seconde, des mouvements très nets et quelquefois un véritable tétanos dans un membre déterminé. M. Richet a donné de ce phénomène des tracés caractéristiques (*Anat. et physiol. des circonvolut. cérébrales*, 1878, p. 76 77 ; *Physiol. des muscles et des nerfs*, 1882, p. 855-856). MM. François-Franck et A. Pitres ont également constaté ce fait (*Recherches graphiques sur les mouv. simples et sur les convulsions provoquées par les excitations du cerveau*, in *Travaux du labor. de M. Marey*, t. IV, 1878-79). — Plus récemment, en 1881, MM. V. Bubnoff et R. Heidenhain ont entrepris de nouvelles expériences qui les ont conduits au même résultat (*Arch. für die gesammte Physiol. der Menschen und der Thiere*, t XXVI) : des excitations, disent-ils, qui, isolées, sont insuffisantes, peuvent devenir suffisantes par une répétition fréquente ; et ils ont vu que la sommation des excitations est d'autant plus facile que l'intervalle entre ces excitations est moindre. — A son tour, M. H.-C. de Varigny, quoique en employant un autre procédé, a observé le même phénomène : étant donnée l'inexcitabilité de la substance grise survenue à la suite d'injections de chloral (chez le chien), il a démontré qu'il est plus aisé de réveiller l'excitabilité en augmentant la fréquence des excitations qu'en augmentant leur intensité. C'est là un des résultats intéressants de son excellente thèse de doctorat (Ouv. cité, p 80 et 103). — Or ce fait de l'addition latente est spécial à la substance grise ; on n'observe rien de semblable dans la substance blanche.

3. *Expériences relatives à la durée de la période d'excitation latente.* — A côté de ce phénomène, il en faut placer un autre qui a été vu et parfaitement étudié par MM. François-Franck et Pitres (*Recherches graphiques sur les mouvements simples et sur les convulsions provoquées par les excitations du cerveau.* Trav. du lab. de M. Marey, 1878-79). Il s'agit du temps qui s'écoule entre l'excitation électrique et la réaction organique, en d'autres termes, de la période d'excitation latente. Ce retard varie beaucoup, suivant que l'on excite la substance blanche ou la substance grise ; dans le second cas, il est bien plus considérable. Si alors on enlève la couche grise, il diminue d'un tiers. La conclusion tirée de ce fait par MM. François-Franck et Pitres paraît très légitime : c'est que la substance grise retient les excitations plus longtemps que la substance blanche, purement conductrice ; elle possède donc une excitabilité différente. M. Ch. Richet, MM. Bubnoff et Heidenhain ont confirmé ces résultats. Et M. de Varigny, étudiant l'influence du chloral sur la durée de la période d'excitation latente, a montré que, lorsque le chloral agit bien, cette durée s'accroît considérablement (ouvr. cité, p. 85, p. 113). A la vérité, M. de Varigny dit qu'il y a des variations de la période d'excitation latente qu'on ne peut attribuer à des variations du degré de chloralisation ; mais il ne me semble pas que cette proposition sorte bien nettement des expériences rapportées. M. de Varigny ne reconnaît-il pas lui-même, d'une part, que l'intensité des courants modifie la durée de la période latente (si les courants sont faibles, le retard augmente ; s'ils sont forts, il diminue) et qu'il a toujours fait varier, intentionnellement du reste, les courants qu'il employait ; et, d'autre part, que plus l'animal est sous l'influence du chloral (l'excitabilité persistant, bien entendu), plus les tracés sont

réguliers, mais que, au moment du réveil ou pendant le réveil, les tracés deviennent irréguliers? On peut donc penser que les tracés irréguliers qu'il a obtenus s'expliquent par cette dernière cause et que, d'une façon générale, toutes conditions égales, le chloral, en vertu de son action sur la substance grise, augmente la durée de la période d'excitation latente. Et ainsi, plus on pénètre dans l'analyse du fait observé par François-Franck et Pitres, plus on reconnaît dans ce fait la marque d'une propriété spéciale de la substance grise, par laquelle son excitabilité diffère de celle de la couche sous-jacente.

4. *Attaques épileptiformes consécutives aux excitations de l'écorce.* — C'est encore à MM. François-Franck et Pitres que l'on doit la connaissance précise d'un autre phénomène déterminé par les excitations de l'écorce. Après avoir soumis toutes les conditions de ce nouveau fait à une analyse expérimentale sévère, ils en ont donné une étude minutieuse dans le mémoire des *Archives de physiologie*, dont le titre est reproduit dans la note en tête de cet article. Leurs premières expériences sur ce point remontent à l'année 1876; dès cette époque, ils avaient reconnu que les excitations de la substance grise, particulièrement de la zone motrice, produisent des convulsions épileptiformes (chien, chat).

On savait que l'excitation de l'écorce amène un mouvement dans les membres; ce que François-Franck et Pitres viennent montrer, c'est que ce mouvement est suivi d'accès convulsifs, sorte de tétanos, véritable épilepsie, comme ils disent. Or ce tétanos secondaire résulte de la réaction de la substance grise. Car, si l'on excite la substance blanche, même avec des courants plus intenses, on obtient le mouvement dans les membres, mais on n'obtient plus les attaques épileptiformes Ce fait s'est constamment réalisé, soit que les expérimentateurs aient cautérisé l'écorce de la zone motrice, soit qu'ils l'aient enlevée avec le scalpel, pour ne plus exciter que la substance blanche. Et ces résultats prennent d'autant plus de valeur et d'importance que les conditions dans lesquelles ils ont été obtenus ont été déterminées avec cette extrême précision qui est le propre de toutes les recherches instituées par M. François-Franck. L'habileté expérimentale et l'exactitude dans l'observation sont également hors de doute pour M. Pitres. C'est ainsi que ces deux physiologistes ont vu que l'excitation de la substance blanche ne provoque jamais d'attaques convulsives, quand la destruction de la zone motrice est vraiment complète. Divers observateurs, MM. Albertoni, Munk, Bubnoff et Heidenhain, avaient cru produire des accès épileptiformes par l'excitation directe de la substance blanche. MM. François-Franck et Pitres remarquent avec un grand sens que, si la section sous-corticale n'est pas faite à une certaine distance des circonvolutions, la surface excitée est composée à la fois de substance blanche et de portions de substance grise constituées par les replis des circonvolutions qui pénètrent au fond des scissures et des sillons.

Dira-t-on que, si l'excitation de la substance blanche ne donne pas lieu à des attaques convulsives, c'est à cause de l'état d'épuisement de l'animal? Mais des expériences faites dans le but de vérifier cette hypothèse ont montré aux auteurs que, quelles qu'aient été les conditions de l'opération préalable, qu'il y ait eu hémorrhagie ou qu'il se soit produit beaucoup d'attaques, toujours l'excitation de la substance grise amène des accès convulsifs et celle de la substance blanche seulement des mouvements simples, plus ou moins violents, mais sans convulsions consécutives. — Que ces dernières dépendent bien des excitations de l'écorce, c'est ce qui est encore prouvé par la diminution ou l'abolition de l'excitabilité épileptogène à la suite d'inhalations d'éther ou de chloroforme, ou d'injections intra-veineuses de chloral, ou après réfrigération de la zone motrice au moyen de la pulvérisation d'éther.

Plusieurs faits d'ailleurs, constatés par différents observateurs, confirment les expériences de MM. François-Franck et Pitres. Ainsi MM. Bubnoff et Heidenhain remarquent que la contraction consécutive à l'excitation de la substance grise est plus allongée, et celle qui résulte de l'excitation de la substance blanche plus courte. C'est là une différence de forme dans la réaction propre à l'un ou à l'autre de ces tissus, assez intéressante à signaler à côté de celle étudiée par François-Franck et Pitres.

D'autre part, M. Albertoni (*lo Sperimentale*, 1881) a vu que l'administration prolongée du bromure de potassium détermine une modification des centres nerveux telle que les convulsions épileptiformes se produisent moins facilement quand on excite ces centres. Or on sait quelle place occupe aujourd'hui ce médicament dans le traitement des affections convulsives. La physiologie expérimentale vient justifier l'empirisme thérapeutique en expliquant l'action d'une substance des plus précieuses pour le médecin.

Le professeur B. Testa a fait récemment sur le bromure de zinc un travail analogue à celui d'Albertoni (*Il Morgagni*, avril 1884, p. 222); ses expériences ont été conduites conformément à l'excellente méthode de ce dernier. On découvre d'abord sur une certaine étendue la zone motrice du cerveau d'un chien et on recherche le courant minimum qui provoque des mouvements simples et des mouvements convulsifs; puis on laisse l'animal se guérir; la guérison survenue, on lui administre le médicament jusqu'aux premiers symptômes de saturation. A ce moment, on découvre la zone motrice de l'hémisphère opposé et on cherche de nouveau quel est le courant minimum nécessaire pour provoquer des convulsions. Dans les expériences rapportées par le professeur B. Testa, il a toujours fallu augmenter beaucoup l'intensité du courant pour amener les attaques convulsives; en d'autres termes, l'excitabilité de l'écorce a toujours été diminuée à la suite de l'administration du bromure de zinc. Quoique ce sel possède un pouvoir anti-épileptique moindre que le bromure de potassium, l'auteur pense qu'il doit être préféré à celui-ci, parce qu'il n'offre pas l'inconvénient d'affaiblir l'organisme.

Il paraît donc certain, d'après tous ces faits, que les convulsions épileptiformes sont en rapport direct avec l'excitation des circonvolutions cérébrales (1). Aussi MM. François-Franck et Pitres admettent-ils avec Hughlings Jackson et avec Ferrier que les éléments cellulaires de l'écorce sont comme des condensateurs, dans lesquels peut s'accumuler la force résultant des excitations, et susceptibles de se décharger

(1) Au moment où ces pages sont sous presse, je reçois un important ouvrage de M. le professeur Beaunis (*Recherches expér. sur les condit. de l'activité cérébrale et sur la physiol. des nerfs*, Paris, J.-B. Baillière, 1884), dans lequel je trouve relatées des expériences sur les effets de l'excitation de l'encéphale chez la grenouille, qui paraissent encore confirmer les résultats généraux des recherches de François-Franck et Pitres, relatives à l'épilepsie corticale. M. Beaunis a vu qu'en excitant électriquement les hémisphères cérébraux de la grenouille on provoque des convulsions cloniques tétaniformes. Ainsi cet effet des excitations cérébrales serait un phénomène très général.

brusquement. Mais à cette hypothèse, qui semble d'accord avec la réalité physiologique, il y a une difficulté anatomique, que les auteurs signalent eux-mêmes. Nous savons qu'il n'existe pas chez les animaux supérieurs de fibres nerveuses se rendant directement de l'écorce cérébrale aux muscles volontaires. Toutes les fibres nerveuses provenant du cerveau s'arrêtent dans la substance grise de la protubérance, du bulbe ou de la moelle épinière, et c'est dans ces noyaux de substance grise que les racines des nerfs périphériques prennent naissance. Par conséquent les excitations parties du cerveau et qui agissent sur les muscles doivent traverser des centres nerveux secondaires. Ceux-ci ne sont-ils pas influencés par l'excitation ou bien restent-ils inertes? MM. François-Franck et Pitres pensent que la substance grise de la protubérance et de la moelle prend une part active au développement des convulsions d'origine corticale; et ils établissent leur opinion sur ce fait que les convulsions généralisées ne sont pas arrêtées par l'ablation brusque des circonvolutions motrices ou par la destruction préalable de la zone motrice d'un côté et par la section du corps calleux. C'est aussi ce qu'a constaté M. Couty. Le rôle de l'écorce consisterait donc à mettre en activité des éléments sous-jacents qui sont les véritables organes des mouvements convulsifs; mais ce n'est pas l'écorce qui constitue ces organes. La substance grise corticale, excitée, agit comme excitant sur les centres nerveux inférieurs; elle les place dans un état de tension analogue à celui dans lequel elle se trouve. « Lorsque ce résultat est obtenu, disent MM. François-Franck et Pitres, le rôle de l'écorce est terminé et les cellules nerveuses de la moelle, du bulbe et de la protubérance se déchargent en produisant des convulsions musculaires indépendamment de toute intervention nouvelle de la substance grise des circonvolutions. »

Sans contester l'importance des expériences sur lesquelles repose cette explication, qu'il me soit permis de faire remarquer que M. B. Testa, dans le mémoire dont il a été déjà parlé plus haut, rapporte des expériences qui semblent infirmer en une certaine mesure l'ingénieuse opinion de MM. François-Franck et Pitres. M. Testa s'est demandé si l'affaiblissement des accès convulsifs qu'il constatait après administration de bromure de zinc ne pourrait pas tenir à une diminution du pouvoir excito-moteur de la moelle, plutôt qu'à une diminution d'excitabilité de l'écorce. C'est, on le voit, sous une autre forme, et appliquée à un fait particulier, la même question que celle posée par François-Franck et Pitres. M. Testa a alors pensé qu'en donnant à un chien, durant la médication bromurée, une substance qui, sans agir sur le cerveau, augmente considérablement le pouvoir excito-moteur de la moelle, de la strychnine, par exemple,—si l'on observait la même diminution de l'excitabilité de l'écorce, on aurait la preuve que cet effet dépend bien d'une action propre du bromure de potassium ou de zinc sur les centres dits psycho-moteurs. Or l'expérience a montré à M. Testa que, quand même on augmente au moyen de la strychnine le pouvoir excito-moteur de l'axe bulbo-spinal, le bromure de potassium et le bromure de zinc n'en diminuent pas moins l'excitabilité cérébrale. Et il en conclut avec raison que ces deux substances doivent constituer de bons médicaments dans l'épilepsie d'origine cérébrale.

A la vérité, les preuves sur lesquelles François-Franck et Pitres fondent leur opinion conservent toute leur valeur. Mais n'est-on pas amené à supposer, en présence des expériences de M. Testa, que les centres nerveux inférieurs dont François-Franck et Pitres indiquent le rôle ne servent que de conducteurs? Si la strychnine, qui augmente l'excitabilité de la moelle, ne modifie en rien l'influence du bromure de potassium ou de zinc sur l'excitabilité de l'écorce, on est effectivement porté à croire que la moelle ne joue pas un rôle actif dans la production des convulsions épileptiformes dépendant des excitations électriques de l'écorce. C'est donc de l'écorce que viendrait toute la force qui met les centres inférieurs en activité et leur fait produire les convulsions observées. Il conviendrait peut-être de modifier en ce sens l'explication de François-Franck et Pitres; quoique, on doit le reconnaître, il paraisse assez difficile d'admettre que les éléments de la substance grise, quand leur excitabilité est augmentée, n'agissent pas sur les éléments sous-jacents de façon à développer aussi leurs forces de tension. En résumé, la question, pour être définitivement résolue, exige sans doute encore quelques recherches expérimentales.

5° *Résumé critique des faits.* — Tels sont les principaux faits qui démontrent l'excitabilité de l'écorce cérébrale. Trois d'entre eux surtout, ce me semble, sont importants : le phénomène de l'addition latente, la durée de la période d'excitation latente et les attaques épileptiformes. — Avant les expériences de François-Franck et Pitres et de Ch. Richet, que celles de Bubnoff et Heidenhain, d'Albertoni, de Testa, de H.-C. de Varigny, ont récemment confirmées, corroborées ou développées, il paraissait que l'excitabilité de l'écorce était prouvée par les mouvements localisés qui suivent les excitations de certaines régions de cette écorce. Mais ce fait avait été soumis à des critiques nombreuses et quelquefois très graves. M. Couty a reproduit la plupart de ces critiques dans les deux mémoires des *Arch. de physiologie* dont il sera question tout à l'heure. On prétendait qu'en excitant la substance grise, c'était la substance blanche sous-jacente qu'on excitait. Quoi qu'il en soit d'ailleurs, et si les faits étaient évidents, l'interprétation du moins restait incertaine. — Au contraire, les phénomènes dont il s'agit fournissent de véritables preuves, et des preuves directes, de l'excitabilité de la couche corticale, à tel point que ces preuves deviennent, ce semble, les raisons les plus solides en faveur de l'existence dans cette couche de centres moteurs. Car ces phénomènes ont un caractère commun, d'où ressort leur signification générale, c'est à savoir que les réactions de l'écorce présentent des signes spéciaux, qui les distinguent profondément des réactions des autres parties du système nerveux. Telle est en effet la nature intime des phénomènes étudiés sous les noms d'addition latente, d'excitation latente, d'attaques épileptiformes. Ils constituent la forme propre des réactions d'origine corticale; ils se montrent comme les marques essentielles de l'excitabilité de l'écorce. Et peut-on contester leur valeur de signes particuliers, puisque non seulement ils s'observent chaque fois qu'on excite, dans les mêmes conditions, aujourd'hui bien déterminées, la substance grise, mais encore puisqu'on ne les retrouve tels dans aucune partie du système nerveux? Et ainsi il serait permis de représenter de la façon schématique ci-dessous les réactions de l'écorce comparativement à celles de la substance blanche.

(*A suivre.*)

NOTES & INFORMATIONS

Le Choléra. — L'épidémie de Toulon, aujourd'hui comme en 1835, comme en 1865, après son début hésitant, insidieux, semble prendre une marche progressivement croissante.

Des statistiques qui ne sont pas, suivant l'expression de M. Fauvel, *plus ou moins fantaisistes*, et des faits qui ne sont pas *plus ou moins cholériques* ne permettent plus le doute. Un voyageur parti de Toulon est mort du choléra à Aix; une dame arrivant de Toulon a succombé à Grenoble à une *diarrhée cholériforme*. Des cas intérieurs à Marseille comme à Toulon se produisent chaque jour. La diffusion commence.

— Aujourd'hui 8 juillet, on compte à Toulon 162 décès cholériques depuis le commencement de l'épidémie.

— D'autre part, les dernières nouvelles reçues de Marseille annoncent une recrudescence de l'épidémie cholérique dans cette ville. Le nombre des décès occasionnés à Marseille par le choléra dans la journée d'hier 10 juillet s'élève à 55.

— Un professeur du lycée de Toulon, arrivé à Aix le 4 au soir, est mort du choléra le 5 au matin. On a, dans cette dernière ville, licencié immédiatement l'Ecole des arts et métiers et renvoyé les examens de l'Ecole de droit.

— Deux autres décès par le choléra sont signalés dans cette ville.

— A Nimes, une personne venue de Marseille a succombé au choléra dans la soirée du 10 juillet.

— Tous les voyageurs provenant de la zone où règne le choléra sont soumis, au moment de leur départ et de leur arrivée dans les grandes villes, à des mesures de désinfection.

— Le directeur de l'Assistance publique a été invité par la commission sanitaire du conseil municipal à rechercher un nouvel emplacement pour la création d'un hôpital spécial où l'on pût complètement isoler les malades.

— En Italie, trois cas de choléra ont éclaté parmi les ouvriers italiens revenus de France et soumis à une quarantaine au lazaret de Saluces.

— Un prêtre est mort à Vérone avec les symptômes du choléra sporadique.

— Des mesures de quarantaine sont imposées sur la côte américaine à tous les navires venant de France.

Instruction concernant les précautions a prendre en temps de choléra: — En temps de choléra, les règles hygiéniques recommandées habituellement doivent être rigoureusement observées:

C'est en prenant au début les précautions les plus rigoureuses qu'on peut empêcher les épidémies locales de devenir graves ou de s'étendre.

Ces mesures sont de deux ordres; elles ont trait à l'hygiène de chacun, ou bien elles concernent l'hygiène publique.

HYGIÈNE INDIVIDUELLE

1° Précautions a prendre a l'état de santé.

Même dans les grandes épidémies, les personnes atteintes ne sont qu'une très rare exception et la maladie guérit souvent. Ceux qui ont peur résistent moins que les autres; il faut donc s'efforcer de conserver le calme de l'esprit.

Surveillance au point de vue des fatigues. — On évitera les fatigues exagérées, les excès de travail et de plaisir, les veilles prolongées, les bains froids et de trop longue durée, en un mot toutes les causes d'épuisement.

Des refroidissements. — Le refroidissement du corps, surtout pendant le sommeil, par les fenêtres ouvertes, les vêtements trop légers le soir après une journée très chaude, l'ingestion de grandes quantités d'eau froide, sont particulièrement dangereux en temps de choléra.

Des eaux. — L'usage d'une eau de mauvaise qualité est une des causes les plus communes du choléra. L'eau des puits, des rivières, des petits cours d'eau, est souvent souillée par les infiltrations du sol, des latrines, des égouts, par les résidus de fabriques. Quand on n'est pas sûr de la bonne qualité de l'eau servant aux boissons ou à la cuisine, il est prudent d'en faire bouillir chaque jour plusieurs litres pour la consommation du lendemain, l'ébullition donnant une sécurité complète. On peut encore faire infuser dans l'eau bouillante une petite quantité de thé, de houblon, de centaurée, de plantes amères ou aromatiques, et boire ces infusions mélangées au vin.

La boisson suivante, qui a le très grand avantage d'étancher la soif sans qu'il soit nécessaire d'en boire de très grandes quantités, doit être recommandée:

Rhum, 40 grammes;

Teinture alcoolique de gentiane, 4 grammes;

Eau fraîche, 1 litre.

Nous devons aussi recommander la filtration au charbon.

Les eaux minérales naturelles dites « eaux de table » rendent dans ces cas de grands services.

Il doit être interdit aux boulangers de fabriquer le pain avec l'eau des puits placés dans les cours des maisons, lorsque le voisinage des fossés des latrines et des fumiers souille fréquemment cette eau.

Il faut même renoncer complètement à se servir de ces puits en temps de choléra.

Des fruits. — Il n'y a aucun inconvénient à faire un usage modéré de fruits bien mûrs et de bonne qualité; on doit toujours les peler et, mieux encore, les manger cuits.

Des légumes. — Cette recommandation s'applique surtout aux légumes; autant que possible, il faut les faire cuire: les salades, les radis, les produits maraîchers pourraient à la rigueur retenir quelques germes dangereux répandus à la surface du sol.

Des écarts de régime. — On doit éviter tout écart de régime et toute indigestion.

Dans toutes les épidémies de choléra, on a reconnu que les excès de boissons et l'intempérance favorisaient au plus haut point les attaques de la maladie.

Des alcools. — Certaines personnes croient se préserver du choléra en buvant une quantité inaccoutumée d'eau-de-vie et de liqueurs alcooliques: rien n'est plus dangereux: l'abstention complète vaudrait encore mieux que le plus léger excès.

Des boissons glacées. — Les glaces et les boissons glacées prises rapidement en pleine digestion, ou le corps étant en sueur, peuvent déterminer en tout temps des indispositions ayant quelque ressemblance avec le choléra: il faut donc en faire un usage très réservé en temps d'épidémie.

2° Précautions a prendre en cas de maladie.

Influence d'un trouble digestif. — Le moindre trouble digestif peut être le prélude d'une attaque de choléra; il ne faut jamais le négliger, et l'on doit appeler immédiatement le médecin. Une attaque peut être prévenue ou arrêtée par un traitement rapide.

Des personnes qui doivent donner des soins aux cholériques. — Les gardes des infirmiers ou de toute personne attachée au service des cholériques ne dépasseront pas douze heures. Ils auront double ration de vin et, pendant la nuit, du café. Tous les jours, après la visite du matin, le médecin se fera rendre compte

de l'état de santé de ces infirmiers et prescrira, lorsqu'il y aura lieu, des repos et des suspensinns de fonctions.

Transmission du choléra. — C'est le plus souvent par les matières de vomissement et les selles que le choléra se propage ; ces matières ne sont pas beaucoup moins dangereuses dans les attaques les plus légères que dans les cas les plus graves. Il faut donc les désinfecter et les faire disparaître le plus tôt possible de la chambre des malades.

On peut empoisonner toutes les latrines d'une maisnn en y jetant ces matières non désinfectées.

De la désinfection. — Les désinfectants recommandés sont en première ligne le sulfate de cuivre et, à son défaut, le chlnrure de chaux et le chlorure de zinc (1). L'acide phénique et le sulfate de fer sont insuffisants.

Vases. — Il faut d'abord mêler à chaque selle ou à chaque litre de matières liquides :

Ou bien un grand verre de la solutinn suivante de couleur bleue : Sulfate de cuivre du commerce nu couperose bleue, 50 grammes. Eau simple, 1 litre.

Ou bien une petite tasse à café de chlorure de chaux en poudre (environ 80 grammes).

Ou bien du chlorure de zinc au centième.

Il est préférable de déposer par avance le désinfectant au fond du vase destiné à recevoir les déjections.

Linges. — Les linges de corps ou de literie souillés par les déjections doivent être plongés, avant de sortir de la chambre, dans un baquet auquel on mêlera :

Ou quatre litres de la liqueur bleue ;

Ou bien deux tasses à café (150 à 200 grammes) de chlorure de chaux sec qu'on noue dans un sac en toile.

On les retirera du baquet, en les tordant, au bnut d'une demiheure d'immersion dans ce liquide, qu'il suffit de renouveler tous les jours. Mais il faut remettre le linge, humide encore, au blanchisseur, qui le rincera immédiatement dans l'eau bouillante avant de le soumettre à la lessive commune.

Vêtements. — Les pièces de vêtement susceptibles d'être lavées sont soumises au même traitement. Les pièces en drap et en tissus de laine seront envoyées, avec la literie, à l'étuve dont il sera parlé plus loin.

On peut toutefois les désinfecter au soufre, de la manière suivante : on les suspend dans un cabinet vide dont toutes les ouvertures sont bien closes, on asperge le sol avec un peu d'eau, pour rendre l'air humide, et l'on y fait brûler 30 grammes de fleur de soufre par mètre cube de l'espace ; le soufre sera placé dans une terrine reposant elle même au fond d'une cuvette à demi remplie de sable humide; on se retirera rapidement après avoir allumé le soufre ; le cabinet ne sera ouvert qu'au bout de vingt-quatre heures.

Quand les vêtements sont profondément souillés et de peu de peu de valeur, il est préférable de les brûler.

Planchers. — Les taches ou les souillures sur les planchers, les tapis, devront immédiatement être lavées à l'aide d'un chiffon, soit avec la solution bleue de couperose, soit avec un lait de chlorure de chaux obtenu en mêlant une cuillerée de chlorure sec à un litre d'eau. Le chiffon sera ensuite brûlé.

Literies. — Autant que possible, les literies occupées par les malades devront être garnies de larges feuilles de pepier goudronné ou de jnurnaux pour prévenir la snuillure des matelas. Ces papiers seront détruits par le feu.

Matelas — Les matelas tachés ou souillés devront être humectés, à l'aide d'un chiffon ou d'un tampon d'nuate, avec la solntion blene étendue de cinq fois son vnlume d'eau, nu avec la soultion de chlorure de chaux (une cuillerée à café de chlnrure sec par litre d'eau).

Etuves. —Ces matelas pourront dès lors être enlevés, sans danger par des voitures spéciales et désinfectés dans des étuves, soit par la vapeur, soit par l'air chauffé à 110 degrés environ (1).

En l'absence d'appareils ou d'établissements aménagés à cet effet, les matelas devront être étalés sur des chaises, dans nne chambre close, et exposés pendant vingt-quatre heures aux vapeurs résultant de la combustinn de 30 grammes au moins de soufre par mètre cube du local (soit un kilogramme de soufre (2) pour une chambre longue de 4 mètres, large de 3 mètres, haute de 3 mètres).

Cabinets d'aisances. — Deux fois par jour, dans les maisons où s'est produit un cas de choléra, on versera dans la cuvette des cabinets deux litres de lá liqueur bleue, nu deux tasses à café de chlorure de chaux sec, délayé dans deux litres d'eau.

Tuyaux d'évier. — Une tasse à café de la liqueur bleue ou de chlorure de zinc liquide à 45 degrés devra être versée chaque soir dans les tuyaux d'évier, les plombs, les conduites des eaux ménagères.

Siphons. — Partout nù il sera possible, on établira sur le trajet des tuyaux de chute des siphons nu tubes en plomb ou en grès recourbés en U, afin d'empêcher le reflux des gaz de l'égout dans l'intérieur des maisons.

Ordures ménagères. — Les nrdures ménagères et les rebuts de cuisine devront être gardés dans une caisse bien fermée, à couvercle ; chaque jour, on répandra à leur surface, soit un demi-verre de solution de couperose blcue, soit une ou dcux cuillerées de chlorure de chaux en poudre.

Ces débris seront descendus chaque soir dans une caisse métallique bien close, établie par le propriétaire dans la cour de la maison ; on en saupoudrera la surface avec du chlorure de chaux avant la nuit. Chaque matin cette caisse serait vidée dans les charrettes publiques par les soins des employés de la voirie, qui déposeraient une certaine quantité de chlorure de chaux au fond de la caisse vide pour la désinfecter.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Mesures contre les agglomérations d'individus — En temps de choléra il faut éviter toutes les grandes agglomérations d'hommes sur un même point; ces réunions et ces foules deviennent facilement un foyer de propagatinn de l'épidémie ; les foires, les courses de chevaux, etc., doivent autant que possible être ajournées.

Contre les accumulations d'immondices. — L'accumulation des immnndices, fumiers, résidus industriels en décnmposition dans les cours et au voisinage immédiat des maisons, doit être sévèrement prohibée. Ces amas en décomposition ne pourront toutefnis être remués et enlevés qu'après avoir été arrosés avec une des solutions désinfectantes citées plus haut. On arrosera avec le même liquide l'emplacement devenu libre.

Contre la stagnation dans les égouts. — Il faut plus que jamais empêcher la stagnation des matières dans les égouts, surtout au-dessous des bouches nuvrant sur la rue. Le lavage de ces bonches pourrait être fait avec un mélange désinfectant.

(1) Le sulfate de cuivre en cristaux, nu couperose bleue, coûte moins de 1 franc ; le chlorure de chaux sec environ 60 centimes, et le chlorure de zinc liquide à 45 degrés au-dessous de 1 franc le kilogrmme.

(1) Les municipalités pnurraient facilement improviser des étuves en cas de besoin, en établissant des pnêles de fonte qu'on chaufferait au rouge dans des locaux loués à cet effet sur divers points des villes. Il suffira d'y disposer des claies et des portemanteaux pour y suspendre les objets suspects ; les poêles pourraient être alimentés du dehors et une vitre scellée dans la mnraille permettrait la surveillance.

(2) Le soufre en fleur coûte environ 50 cent. le kilogramme.

Contre les vidanges. — En temps d'épidémie de choléra, les opérations de vidange ne devraient être autorisées qu'à l'aide de tonneaux hermétiques, actionnés par la vapeur et brûlant les gaz sous les chaudières. Après chaque opération, le radier et les murs de la fosse doivent être désinfectés.

Il faut qu'en temps d'épidémie toutes les fosses fixes soient surveillées et désinfectées par les soins de l'administration.

De la déclaration obligatoire. — La déclaration immédiate à l'administration municipale de tout cas de choléra survenu dans la maison doit être obligatoire. Dans des circonstances aussi exceptionnelles, les maires doivent user des droits que l'article 3 du titre XI de la loi des 16-24 août 1790 et la loi du 5 avril 1884 leur confèrent en cas d'épidémies et de fléaux calamiteux.

Cette déclaration doit être faite à la mairie, avant l'expiration des vingt-quatre heures, par les soins et sous la responsabilité des personnes qui entourent le malade.

Du transport des cholériques. — Lorsqu'un cas survient dans un hôtel ou un logement garni, la déclaration doit être faite immédiatement au commissaire de police ou à la mairie. Les malades ne doivent pas séjourner, même vingt-quatre heures, dans cet hôtel ou garni; ils seront transportés d'urgence soit dans un hôpital spécial, soit dans une maison de santé affectée exclusivement à cet usage d'après convention passée entre le gérant et l'autorité locale; toutefois, les malades auront le droit de se faire transporter dans un appartement loué par eux, pourvu qu'il soit possible de les isoler ainsi sans danger pour les voisins.

Désinfection de l'appartement infecté. — La chambre occupée momentanément par un cholérique ne pourra être livrée à un nouveau voyageur ou locataire qu'après désinfection complète par la combustion de 30 grammes de soufre par mètre cube.

Utilité des ambulances spéciales. — Quand plusieurs personnes occupent une même chambre et que l'une d'elles contracte le choléra, c'est faire courir le plus grand danger aux membres de la famille encore bien portants, et particulièrement aux enfants, que de vouloir traiter le malade dans la chambre commune. Il faut le faire transporter immédiatement dans un hôpital ou ambulance spéciale où les chances de guérir sont plus grandes que dans un logement encombré, où tout manque pour des soins immédiats et incessants.

Surveillance des maisons. — Dans toute maison où survient un cas de choléra, une inspection rapide doit être faite par un délégué de l'administration municipale, d'abord pour constater la réalité de la maladie, puis pour s'assurer que toutes les mesures de désinfection ont été prises et qu'elles sont suffisantes.

Quand les garanties d'exécution et de sécurité ne seront pas complètes, les opérations de désinfection devront être faites par les soins de l'administration. Il sera nécessaire d'assurer pendant vingt-quatre heures un abri aux habitants du logement, pour procéder à une purification sérieuse.

Des lavoirs. — Les lavoirs publics doivent être l'objet d'une surveillance particulière afin que le linge souillé par les cholériques ne soit pas lavé en commun. Ce linge doit d'ailleurs, avant d'être livré aux blanchisseuses, être désinfecté, comme il a été dit plus haut.

Distribution gratuite des matières désinfectantes. — Chaque poste de police doit renfermer un dépôt de matières désinfectantes par paquets ou flacons dosés d'une manière uniforme, et munis d'une étiquette imprimée indiquant très exactement la manière de s'en servir (fleur de soufre, chlorure de chaux sec, sulfate de chaux pulvérisé, chlorure de zinc liquide à 45°). Ces substances sont délivrées gratuitement aux personnes qui en feront la demande sur un bon du médecin ou d'un délégué de l'administration municipale.

Des voitures. — Il faut se précautionner d'un nombre suffisant de voitures spéciales exclusivement affectées au transport des cholériques.

Elles doivent être désinfectées chaque jour; il en sera de même de celles qui, venant prendre à domicile le matériel contaminé doivent le rendre plus tard purifié.

Des ambulances et hôpitaux. — Enfin, il faut préparer immédiatement des ambulances de secours, des chambres d'urgence bien isolées dans les hôpitaux généraux, des hôpitaux ou baraques affectés spécialement aux cholériques.

A. PROUST, *rapporteur*.

Adopté par le comité consultatif d'hygiène publique, dans sa séance du 2 juillet 1884.

Le secrétaire, Dr VALLIN. — *Le président,* P. BROUARDEL.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — C'est avec un profond regret que nous apprenons la mort de M. E. Ritter, professeur de chimie médicale à la Faculté de médecine de Nancy. Notre distingué confrère a succombé, dans sa quarante-huitième année, à l'affection cérébrale qui l'avait obligé à suspendre son enseignement depuis plusieurs années.

Ses obsèques ont eu lieu mercredi 9 juillet, à Nancy.

— Nous apprenons également la mort de M. le docteur Béchet, doyen des médecins d'Avignon, qui a succombé dimanche soir 6 juillet.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur V. Borel, médecin de la marine, qui vient de succomber aux atteintes du choléra, à Toulon.

— M. le professeur Jaeger, de l'université de Vienne, est mort récemment.

— Nous annonçons également la mort de MM. les docteurs Paul (d'Amiens), Duvernoy (d'Audincourt), Emery (de Lyon) et Cassou, de Gujan-Mestras (Gironde).

— M. le docteur E. Thomas vient de mourir à Nevers. Il était ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien en chef de l'hôpital de Nevers et officier de la Légion d'honneur.

***

ACADÉMIE DES SCIENCES. — L'Académie des sciences a procédé lundi dernier à l'élection d'un membre de la section de chimie, en remplacement de M. Wurtz.

La section présentait, en première ligne, M. Troost; en deuxième ligne, M. Schutzenberger; en troisième ligne, MM. Gautier, Grimaux, Jungfleisch.

M. Troost a été nommé au premier tour par 50 voix sur 56 votants.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Concours pour le prosectorat de Clamart.* — Un concours pour la nomination à une place de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux de Paris s'ouvrira le lundi 4 août 1884, à quatre heures de l'après-midi, rue du Fer-à-Moulin, 17.

Le registre d'inscriptions, ouvert au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique le lundi 30 juin, sera clos le jeudi 16 juillet courant.

— Le ministre de l'instruction publique a récemment déposé sur le bureau de la Chambre une demande de crédit de 80,000 francs. Cette somme servirait à aménager une partie du domaine de Villeneuve-l'Etang, qui sera affectée aux expériences de M. Pasteur.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1884

6. M. Simard. Forme de contracture infantile intéressant particulièrement les adducteurs de la cuisse. — 7. M. Helleu. De la pleurésie franche, primitive et inflammatoire chez les vieillards. — 8, M. Le Brigand. Essai sur la tuberculose pulmonaire dans ses rapports avec l'alimentation. — 9. M. Martinet. Angine de poitrine rhumatismale. — 10. M. Crouigneau. Etude clinique et expérimentale sur la vision mentale. — 11. M. Vivant. Contribution à l'étude de la péritonite rhumatismale aiguë.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 27 AU JEUDI 3 JUILLET 1884.

Fièvre typhoïde 43. — Variole 2. — Rongeole 41. — Scarlatine 3. — Coqueluche 12. — Dipthérie, croup 26. — Dysentérie 0. — Erysipèle 9. — Infections puerpérales 7. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 51. — Phthisie pulmonaire 196. — Autres tuberculoses 13. — Autres affections générales 66 — Malformation et débilité des âges extrêmes 43. — Bronchite aiguë 18 — Pneumonie 57. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 46, — au sein et mixte 25 — inconnu 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 85. — de l'appareil circulatoire 57. — de l'appareil respiratoire 47. — de l'appareil digestif 53. — de l'appareil génito-urinaire 30. — de la peau et du tissu lamineux 8. — des os, articulations et muscles 8. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 4. — Morts violentes 37. — Causes non classées 4. — Total de la semaine : 991 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

DE LA SPERMATORRHÉE, par le docteur A. Malécot, ancien interne des hôpitaux de Paris. Un volume in-8 de 140 pages. — Prix : 3 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de la Bourse.

DE LA PINCE A OS ET DU CRANIOCLASTE, par le docteur A. Auvard, ancien interne des hôpitaux et de la Maternité de Paris. Un volume grand in-8 de 260 pages avec 45 figures dans le texte. — Prix : 5 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

DE LA PINCE A OS ET DU CRANIOCLASTE, par le docteur A. Auvard, ancien interne des hôpitaux et de la Maternité de Paris. Un vol. grand in-8 de 260 pages avec 45 figures dans le texte. — Prix : 5 fr. — Paris, librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon.

ETUDE SUR LES CANCERS DE L'ŒIL, par le docteur Gustave Dron. Un volume petit in-4 de 115 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Julius Michel. — LEHRBUCH DER AUGENHEILKUNDE, avec nombreuses planches et figures. Grand in-8.

E. Leyden et E. Pfeiffer. — VERHANDLUNGEN DES DRITTEN CONGRESSES FÜR INNERE MEDICIN. Grand in-8.

P. Kaatzer. — DIE TECHNIK DER SPUTUM-UNTERSUCHUNG AUF TUBERKEL-BACILLEN. Grand in-8.

J. Rosenbach. — UEBER MICRO-ORGANISMEN BEI WUNDINFECTIONS-KRANKHEITEN, avec planches coloriées. Grand in-8.

Librairie J.-F. Bergmann, Wiesbaden.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart, Paris.

55e année. 7e série. Tome Ier. N° 29 19 JUILLET 1884

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;
Membres : MM. les Drs **J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN**;
Secrétaire : M. le Dr **E. RICKLIN**.

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

CHIRURGIE PRATIQUE

ABCÈS DE LA CAVITÉ DE RETZIUS ; OUVERTURE SPONTANÉE DANS LE PÉRITOINE ; MORT RAPIDE.

L'histoire des phlegmons et abcès de la cavité prépéritonéale ou cavité de Retzius est encore assez récente pour qu'il soit intéressant d'en recueillir les observations. Les affections de cette région sont une source fréquente d'erreurs et de surprises diagnostiques qu'il sera peut-être possible d'éviter un jour par la connaissance plus complète d'observations soigneusement recueillies.

C'est à ce titre que je publie le fait suivant, que je viens d'observer avec mon excellent confrère le docteur Vendrand, de Villers-Cotterets, qui m'a obligeamment fourni toute la première partie de l'observation.

Mme F..., âgée de 32 ans, est accouchée à 21 ans d'un enfant mort-né après une grossesse de huit mois ; les suites de couches furent fort graves et se compliquèrent d'une péritonite et d'une périmétrite probables. Un an plus tard, la malade présentait une induration prévésicale, douloureuse, avec mictions pénibles. L'état général était très mauvais, avec cachexie très prononcée; des taches de purpura se montraient en divers points du corps. Un abcès s'ouvrit à l'ombilic, et l'exploration révéla un trajet profond allant de l'ombilic à l'espace de Retzius. Malgré des tentatives de traitement, la dilatation du trajet avec la laminaire, l'introduction d'un tube à drainage, des injections diverses, l'abcès resta fistuleux.

Néanmoins, l'état général redevint bon ; une grossesse survint pendant laquelle la fistule cessa de donner.

L'accouchement, rendu très difficile par un rétrécissement du bassin, dut être terminé par une application de forceps au détroit supérieur. Il en résulta une déchirure du périnée que le professeur Verneuil traita par la périnéoraphie quatre mois plus tard avec un succès complet.

A partir de ce moment, la fistule ombilicale fut négligée et ne fut plus considérée que comme une simple infirmité à laquelle la malade était faite ; l'écoulement était peu abondant, mais continu, quelquefois sanguinolent au moment des règles. La portion sous-ombilicale de l'abdomen restait dure et fortement rétractée, et cette disposition se trouvait encore exagérée par l'obésité qui avait envahi le reste de la paroi abdominale. Car dans ces dernières années la malade, bien que fort jeune, était devenue rapidement très grosse.

Il y a trois ans, une hernie ombilicale de petit volume se montra à la partie supérieure de l'ombilic et nécessita l'application d'une ceinture.

Les accidents actuels éclatent le dimanche matin 29 juin 1884, en pleine santé ; la veille, la malade avait beaucoup travaillé dans sa maison, faisant son ménage et rangeant des piles de linge.

Le dimanche matin, vers 9 heures, elle éprouve le besoin d'aller à la garde-robe, fait un effort inutile et est prise d'une douleur subite extrêmement vive dans la partie inférieure de l'abdomen, douleur bientôt suivie de vomissements alimentaires et bilieux.

L'état général devient rapidement grave ; l'arrêt des matières et des gaz intestinaux est complet ; le ventre se ballonne et devient douloureux dans toute son étendue ; les vomissements bilieux sont presque incessants dans les journées de dimanche et lundi.

Mardi, 1er juillet. — La situation va toujours s'aggravant ; le facies abdominal est de plus en plus prononcé, les conjonctives deviennent subictériques. Le docteur Vendrand fait une tentative de réduction de la hernie, suivie d'une amélioration momentanée des symptômes. Mais, le lendemain, les choses vont de mal en pis ; dans la journée, les vomissements deviennent franchement fécaloïdes ; l'état général est de plus en plus grave.

Je vois la malade ce même jour mercredi 2 juillet, à 10 h. 1/2 du soir, quatre jours pleins après le début des accidents.

Facies abdominal très accentué ; voix cassée. Pouls petit, ondulant, presque insensible ; sueur visqueuse sur tout le corps. Soif extrême, hoquets fréquents.

Le ventre est distendu en totalité et douloureux à la pression, surtout à la partie inférieure. La région épigastrique est très ballonnée et tout à fait tympanique à la percussion.

A la partie inférieure de l'ombilic se trouve une crête rougeâtre, saillante, qui est l'orifice de la fistule par lequel suinte un peu de sang (la malade a ses règles depuis quelques jours); immédiatement au-dessus, on voit une hernie ombilicale du volume d'un petit œuf de poule, recouverte par des téguments sains. Cette hernie est peu tendue ; elle est sonore ; elle n'est douloureuse qu'à sa partie inférieure, vers son collet. Elle fait corps avec toutes les parties voisines et il est facile de se rendre compte qu'elle est irréductible.

Le cas devenait embarrassant ; les caractères de la tumeur herniaire (absence de tension, de douleur, sonorité très marquée) ne permettaient guère de croire qu'elle était actuellement étranglée. D'un autre côté, les antécédents si nets d'étranglement, le début subit de la douleur quatre jours plus tôt, l'arrêt complet des matières et des gaz, le météorisme, les

vomissements aujourd'hui même fécaloïdes, ne laissaient pas de doute sur la présence d'un étranglement. Je me rattachai à l'idée de la gangrène de la hernie survenue dans ces dernières heures, après quatre jours d'étranglement serré dans l'anneau ombilical, et s'accompagnant de cette absence de tension et de cette sonorité qui sont fréquentes dans la hernie gangrenée et peuvent même souvent être considérées comme des signes caractéristiques de la gangrène de la tumeur.

En tout cas, l'indication était formelle; il fallait aller à la recherche de l'obstacle, quel qu'il fût, et mettre les parties à nu s'il s'agissait d'une gangrène herniaire.

Je procède de suite à la kélotomie avec l'aide du docteur Vendrand qui donne le chloroforme.

L'incision des parties molles me conduit rapidement sur une anse d'intestin grêle nullement tendue ni gangrenée, mais recouverte d'une fausse membrane épaisse sur sa convexité et d'infiltration purulente grisâtre. Cette anse adhère mollement au pourtour de l'orifice herniaire qui n'est autre que l'anneau ombilical, et dès que j'ai détaché l'intestin avec le doigt à sa partie inférieure, un flot de pus verdâtre, fluide, horriblement fétide, s'échappe par l'ombilic.

La quantité qui s'écoule ainsi spontanément peut être évaluée à un litre et demi. Le doigt introduit dans l'abdomen par l'ombilic sent une très vaste cavité qui n'est autre que la cavité péritonéale et les anses intestinales agglutinées et immobilisées par des adhérences récentes.

Huit ou dix irrigateurs de solution phéniquée tiède très diluée sont injectées dans le ventre; de tous côtés, l'injection ramène du pus en quantité et ce n'est qu'avec la plus grande peine qu'on arrive à faire sortir le liquide de l'injection à peu près propre.

Deux tubes à drainage sont introduits par l'ombilic jusque dans le petit bassin; un pansement avec de la mousseline imbibée de solution phéniquée est maintenu sur la région.

Dès les premiers instants de notre opération, nous étions fixés sur la nature des accidents; il ne pouvait plus s'agir d'une hernie étranglée, mais il s'agissait bien d'une péritonite purulente généralisée par perforation; l'abcès de la cavité prévésicale s'était vidé dans le péritoine.

A cette notion s'ajoutait même maintenant une donnée étiologique de la plus haute importance : trois semaines auparavant, la malade, ayant besoin de renouveler son bandage ombilical, s'était procuré une ceinture à pelote plus large et à ressort plus fort avec laquelle elle maintenait sa hernie et bouchait sa fistule. L'écoulement s'était même tari dans ces derniers temps et sans être positivement malade, depuis une quinzaine de jours avant l'explosion terminale, cette femme se sentait fatiguée, se plaignait de malaise et de douleurs vagues.

Les choses n'étaient pas difficiles à rétablir; sous l'influence de la pression exercée sur l'orifice fistuleux, le pus de l'abcès prévésical avait été retenu, produisant la fatigue et le malaise par sa rétention; il s'était lentement accumulé pendant une quinzaine de jours, au lieu de s'écouler à l'extérieur comme d'habitude, et, soit par une déchirure instantanée, soit par un travail d'ulcération, il avait tout à coup fait irruption dans la cavité péritonéale.

A partir de ce moment, les accidents avaient éclaté comme un coup de foudre, revêtant l'aspect symptomatique de l'étranglement herniaire.

Une heure après l'opération, les vomissements reprenaient comme auparavant; l'état général devient de plus en plus mauvais et la mort arrive le lendemain à deux heures et demie de l'après-midi, vingt-sept heures après l'intervention.

Le docteur Vendrand avait pu dans l'intervalle faire plusieurs injections antiseptiques dans la cavité abdominale et s'assurer que les tubes fonctionnaient bien et ramenaient une notable quantité de pus par les lavages.

Je ne crois pas devoir insister plus longuement sur les détails de cette observation que j'ai cherché à rendre aussi claire que possible; j'appelle seulement l'attention sur la grande difficulté de l'interprétation des symptômes créée par la coïncidence d'une tumeur herniaire, sur la ressemblance extrême des phénomènes de la péritonite par perforation avec ceux de l'étranglement intestinal, enfin sur l'étiologie rare de cette péritonite suraiguë consécutive à un ancien abcès de la cavité de Retzius dont le pus s'était trouvé accidentellement retenu.

— G. Bouilly.

REVUE CRITIQUE

L'excitabilité de l'écorce du cerveau (1).

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

II. Faits qui démontrent que l'écorce est excitable mécaniquement ou chimiquement.

Dans tout ce qui précède, il n'a été question que de l'excitabilité électrique des circonvolutions cérébrales. C'est que les travaux particulièrement visés dans cet article ont trait surtout aux faits de cet ordre.

Toujours est-il cependant qu'on commence aussi de revenir sur l'opinion des anciens auteurs qui croyaient les circonvolutions cérébrales complètement inexcitables par les excitations mécaniques et chimiques, de même que par les courants électriques. MM. François-Franck et Pitres ont vu qu'il est possible de provoquer des convulsions épileptiformes chez le chien par les excitations mécaniques ou chimiques, les traumatismes du cerveau, les lésions limitées des circonvolutions; l'influence de ces excitations cependant est moins certaine que celle des courants électriques. Ferrier (cité par François-Franck et Pitres, communication écrite) a également observé que les lésions destructives partielles du cerveau chez le singe et chez le chat peuvent être suivies, après un temps variable, d'attaques épileptiformes.

Tout récemment, M. Brown-Séquard (Voy. *Comptes rendus de la Société de biologie*, séance du 10 mai 1884 et séance du 17 mai) a montré que sur des animaux (chiens et lapins) placés dans certaines conditions (anesthésie préalable, surtout obtenue au moyen de la projection d'un courant d'acide carbonique dans le larynx), les irritations mécaniques ou galvaniques d'un lobe occipital déterminent des mouvements dans le côté opposé du corps.

(1) *Erratum relatif à la première partie.* — Il s'est produit dans la mise en pages de la première partie de cet article (Gaz. méd. du 12 juillet) une erreur qu'on a dû facilement remarquer et corriger. Il s'agit du schéma de la page 330, première colonne, dont la place se trouve, le contexte le montre à l'évidence, à la page 332, tout au bas de la seconde colonne.

III. L'EXCITABILITÉ DE L'ÉCORCE ET L'INHIBITION.

Ces nouvelles expériences de M. Brown-Séquard paraissent très importantes au point de vue de la physiologie générale du système nerveux; mais, pour en saisir toutes les conséquences, il faudrait entrer dans le détail et, par suite, aborder d'autres questions que celles dont traite cette étude.

Qu'il suffise de faire remarquer que pour M. Brown-Sequard la zone dite non motrice du cerveau est excitable tout comme la zone motrice; seulement l'excitabilité de ces parties de l'écorce se manifeste d'une façon différente : à l'état normal, les excitations déterminent, non pas des mouvements comme lorsqu'elles portent sur la zone motrice, mais des phénomènes d'arrêt, de l'inhibition. La preuve, c'est que, si l'on diminue l'excitabilité de ces parties (au moyen de l'anesthésie, par exemple, ainsi qu'il a été dit plus haut), c'est-à-dire, d'une façon générale, si l'on affaiblit l'animal en expérience, il se produit, sous l'influence du galvanisme, des réactions motrices. De même M. Brown-Séquard diminue l'excitabilité de la zone non motrice en galvanisant fortement et à la fois les parties dites motrices et non motrices de l'écorce; puis il excite isolément les lobes occipitaux, et alors il voit survenir dans cette zone considérée comme non motrice une telle excitabilité que chaque excitation donne lieu à tous les mouvements qu'on observe à la suite d'une excitation d'égale intensité portant sur les centres dits moteurs.

Ces faits s'expliquent très simplement dans l'hypothèse admise par Brown-Séquard. Le manque de pouvoir moteur, à l'état normal, dans certaines portions de l'écorce, tient à la puissance inhibitoire dont ces parties sont douées. Car cette puissance d'arrêt est la marque d'une excitabilité plus grande que la puissance motrice; c'est une manifestation beaucoup plus élevée d'activité. De là vient que des excitations portant sur ces régions, si l'excitabilité de celles-ci a diminué, peuvent provoquer des mouvements comme lorsqu'elles portent sur les zones motrices connues. Aussi bien M. Ch. Rouget avait déjà montré — et M. Brown-Séquard le rappelle dans sa communication du 10 mai — que la production d'un mouvement ou d'un phénomène inhibitoire dépend du degré d'excitabilité de la partie irritée. Il me semble qu'on pourrait se demander, par exemple, si on n'aurait pas là l'explication de ce fait que les excitations mécaniques et chimiques sont efficaces, comme les excitations électriques, à mettre en jeu les centres dits d'arrêt (Setschenow, Brown-Séquard, etc.). S'il est vrai que les parties de l'écorce douées de la puissance inhibitoire possèdent une plus grande excitabilité que les autres, on comprend aisément que les irritants mécaniques puissent provoquer leur activité. D'autre part, s'il est presque toujours besoin de l'électricité pour déterminer l'activité de la zone dite motrice, c'est qu'il faut à cette zone, moins excitable, un excitant plus fort.

M. Brown-Séquard est tellement convaincu que toutes les parties des centres nerveux sont excitables, qu'il le croit même de la substance grise de la moelle. Et on sait si l'opinion contraire est classique! Les expériences que le savant physiologiste a faites à ce sujet ne l'autorisent pas à tirer encore une conclusion ferme; il n'en a pas moins été amené à penser que, si l'excitation des cornes grises de la moelle ne produit aucune réaction motrice ou sensitive, cela tient à ce que l'excitabilité des racines nerveuses à ce niveau se manifeste par des phénomènes inhibitoires, comme celle des centres cérébraux supposés inexcitables.

Ces brèves remarques ne suffisent-elles pas à indiquer la grande place que cette notion des phénomènes d'arrêt tend de plus en plus à prendre dans la physiologie du système nerveux, et particulièrement son rôle dans l'explication des différences d'excitabilité des diverses parties de ce système? C'est ce dernier point que M. le professeur Beaunis a saisi d'une vue très nette, dans la pénétrante étude synthétique qu'il a donnée sur les phénomènes d'arrêt à la GAZETTE MÉDICALE (nos du 5 et du 12 avril 1884) (1). On se souvient que M. Beaunis propose d'admettre que toute excitation détermine dans la substance nerveuse deux modifications de sens contraire, actions motrices ou actions d'arrêt; suivant que l'une ou l'autre de ces modifications prédomine, on observe soit un mouvement, soit un affaiblissement (ou un arrêt) de ce mouvement. Or le résultat des excitations est d'autant plus variable que les phénomènes d'arrêt sont plus marqués. Et ainsi on peut s'expliquer les contradictions apparentes qui existent souvent dans les expériences d'excitations du cerveau; ces contradictions disparaîtront sans doute quand nous connaîtrons mieux les lois qui régissent les phénomènes d'arrêt. Et M. Beaunis nous montre, par une ingénieuse comparaison tirée de la chimie (V. GAZ. MÉD., 12 avril, p. 170), qu'il est parfaitement possible qu'une même action excitante soit susceptible de dégager deux influences contraires.—Bien entendu, l'hypothèse de M. Beaunis s'applique à toutes les fonctions du cerveau, fonctions sensitives et psychiques comme fonctions motrices.

IV. DES RÉACTIONS SENSITIVES A LA SUITE D'EXCITATIONS DE L'ÉCORCE.

Si l'excitabilité de l'écorce peut être admise en ce qui concerne les fonctions motrices du cerveau, en est-il de même pour les fonctions sensitives? Jusqu'à présent cette partie de la question a été sans contredit moins étudiée. Cela tient-il à ce qu'il est plus malaisé de bien observer des phénomènes de sensibilité que de constater la production d'un mouvement ou l'abolition de ce mouvement (paralysie), à la suite d'une excitation ou d'une lésion expérimentale? Ou bien les physiologistes, étant tous plus ou moins médecins, ont-ils surtout considéré dans leurs recherches les phénomènes moteurs? Car il est certain qu'au point de vue de la clinique la suppression ou l'exagération d'un mouvement constitue un fait plus important que des troubles, souvent passagers, de la sensibilité.

Quoi qu'il en soit, dans les travaux dont s'occupe surtout cet article, il est peu question des phénomènes de sensibilité consécutifs aux excitations de l'écorce. Pour ne pas allonger outre mesure cette étude, je rappellerai donc seulement que M. Vulpian a insisté à diverses reprises dans ses cours sur ce fait, que l'excitation de la couche corticale dans la zone dite motrice donne lieu sur des animaux non anesthésiés à des réactions qui indiquent des sensations douloureuses. D'autre part, Ferrier s'est efforcé de déterminer le rôle de l'écorce dans l'exercice des sensibilités spéciales (vision, ouïe, odorat, goût, faim et soif), en électrisant différentes circonvolutions cérébrales.

(1) On trouvera ces idées de M. Beaunis reproduites et développées dans son remarquable travail sur les formes de la contraction musculaire et sur les phénomènes d'arrêt (in *Recherches sur les condit. de l'activité cérébr. et sur la physiol. des nerfs*, Paris, 1884, p. 136-163), récemment paru et que j'ai déjà signalé dans la première partie de cet article (V. GAZ. MÉD. du 12 juillet.)

Sans entrer dans la critique de toutes ces expériences, il convient pourtant de remarquer que les résultats obtenus ne sont pas encore assez nets pour qu'il ne s'y mêle point une certaine part d'hypothèse. — On peut dire la même chose de beaucoup des contributions apportées à l'étude de cette question par la pathologie, quoique dans ces derniers temps celle-ci ait donné quelques indications précieuses. (Voy. surtout G. Ballet, *Recherches anat. et cliniques sur le faisceau sensitif*. Thèse de Paris, 1881.)

V. Critiques dirigées contre la thèse de l'excitabilité de l'écorce et examen de ces critiques.

6. *Position de la question.* — Malgré tous ces faits, l'excitabilité de la substance grise corticale est encore niée: tant il est vrai qu'en physiologie il est plus malaisé d'interpréter les expériences que de les faire! Inutile sans doute de rappeler que les diverses critiques portées contre les phénomènes dont il s'agit ont été très fortement résumées dès 1876 par M. Vulpian: on ne peut, dit le savant professeur, nier la diffusion des courants électriques; or la substance blanche est très excitable; rien ne prouve que les courants ne vont pas l'exciter au travers de la substance grise; aussi bien, celle-ci ne paraît excitable que par l'électricité.

C'est là une objection qui semble aujourd'hui assez spécieuse. Car on a montré bien des fois que l'excitation de deux centres très voisins amène pourtant des effets très différents; cette seule expérience suffit pour établir le peu d'importance, au point de vue physiologique, de la diffusion des courants. C'est ce que reconnaissent eux-mêmes MM. Carville et Duret, qui ont cependant beaucoup insisté sur ce phénomène de la diffusion (Arch. de physiol., 1875).

D'autre part, que la substance blanche soit excitable, personne ne le conteste. Mais ce qui est en question, c'est l'excitabilité de l'écorce. Et on ne voit pas pourquoi, par la seule raison que la substance blanche est excitable, la substance grise ne le serait pas.

On ne voit pas mieux, ce semble, pourquoi cette substance grise ne serait pas excitable, parce que son excitabilité diffère de celle de la substance blanche et des nerfs. Dans son cours de 1876, M. Vulpian hésite à accepter la doctrine des localisations cérébrales, vu que la substance grise ne serait excitable que par l'électricité. On a montré depuis, et il a été dit plus haut, que les irritations mécaniques et chimiques agissent dans certaines conditions sur l'écorce du cerveau. L'argument de M. Vulpian a donc perdu de sa valeur. Mais quand bien même il serait absolument fondé, qu'en résulterait-il? En bonne logique, tout simplement que l'excitabilité de la substance grise n'est pas complètement identique à celle de la substance blanche. Il n'y a rien là qui doive surprendre. Et le lecteur remarquera sans doute que dans cet article on s'est attaché à mettre en lumière ces différences dans les réactions de l'écorce et des faisceaux blancs sous-jacents, précisément pour mieux prouver l'excitabilité de la substance grise.

Les réserves de M. Vulpian à ce sujet ne laissaient pas, somme toute, d'être sages, vu l'état dans lequel se trouvait alors la question. Mais elles furent bientôt exagérées par divers physiologistes. Et, chose singulière, les arguments de ceux-ci se ramènent en définitive presque toujours à ce fait, que la substance grise, n'étant pas excitable comme les nerfs ni même comme la substance blanche, est inexcitable. Mais, et il convient de le répéter, ce qu'il s'agit de déterminer, c'est l'excitabilité même de l'écorce. Que cette excitabilité ne soit pas entièrement analogue à celle du tissu nerveux ordinaire, qu'importe? N'existe-t-il pas des différences morphologiques entre la substance blanche et la substance grise? Et ne voit-on pas le vice de raisonnement qu'il y a à prétendre que l'écorce, parce qu'elle ne répond pas aux irritations exactement comme les fibres blanches, n'est pas excitable? Les expériences par lesquelles on s'attache à démontrer l'excitabilité de la substance blanche ne prouvent rien contre celle de la substance grise. De ce fait, que la substance blanche est excitable, il ne suit pas cet autre fait, que la substance grise est inexcitable. Mais toutes deux peuvent être excitables.

Le vice de raisonnement indiqué plus haut est pourtant celui qu'on trouve dans le travail récent de M. Marcacci sur les centres moteurs corticaux (*Arch. italiennes de biologie*, 1882); M. de Varigny fait des expériences de Marcacci une critique très judicieuse dans sa thèse de doctorat (p. 41-47). C'est ainsi encore que raisonne M. Couty.

Les deux mémoires de M. Couty sur le cerveau moteur, publiés dans les *Archives de physiologie*, constituent un travail très complet de critique des localisations motrices. C'est, bien entendu, moins à ce point de vue qu'au point de vue de l'excitabilité de la couche corticale que ce travail est considéré ici.

Aussi ne s'arrêtera-t-on pas à discuter la question des rapports que l'auteur cherche à établir entre les fonctions motrices du cerveau et le poids ou la forme de cet organe. M. Couty croit que, si le cerveau possède un pouvoir moteur, son développement doit varier suivant les animaux avec le degré de perfection des mouvements. Mais n'est-il pas d'autres conditions physiologiques en rapport avec le développement d'un organe, que le poids ou la forme? Et, parce que chez des animaux doués à peu près de la même puissance motrice on trouve des différences dans le poids du cerveau, sera-t-on en droit de conclure que cet organe ne joue aucun rôle moteur? — La seule conclusion logique qu'il soit permis de tirer de ce fait, c'est qu'il ne semble pas y avoir de relation très étroite entre le poids du cerveau et la mécanique animale (1). D'ailleurs M. Couty reconnaît lui-même que « c'est faire fausse route que de chercher dans ces facteurs anatomiques essentiellement variables une base d'explications pour des phénomènes physiologiques relativement plus constants.....» (*Arch. de physiol.*, 1883, t. II, p. 266), phrase à laquelle on aurait mauvaise grâce à rien reprendre, le mot *relativement* excepté.

7. *Examen critique des faits relatifs à la variabilité des points excitables de l'écorce et à celle des effets produits par les excitations.* — La preuve la plus forte que M. Couty invoque contre les localisations, c'est le fait de la variabilité des points excitables de l'écorce et des effets produits par les excitations, d'un animal à l'autre ou d'un moment à l'autre d'une même expérience. Cette conclusion avait été tirée déjà par M. Vulpian de quelques-unes de ses expériences et M. Bochefontaine l'a émise aussi d'une façon très explicite dans son article de 1883 des *Archives de physiologie*: « *Note sur le déplacement des points excitables du cerveau* ». M. Bochefontaine dit avoir vu que les points des lobes cérébraux dont la faradisation dé-

(1) V. sur le sens dans lequel on peut entendre une relation de ce genre deux intéressants articles de M. L. Manouvrier: *La fonction psycho-motrice*, Revue philosophique de mai 1884, et *Idem*, n° de juin.

termine, à un certain moment, l'hypersécrétion salivaire, ou l'augmentation de la tension sanguine intra-artérielle, ou enfin des mouvements des membres, cessent à un autre moment d'être excitablee; mais en même temps d'autres points plus ou moins voisins, non excitables d'abord, le sont devenus. Par conséquent, il se produirait, d'une région à une autre de l'écorce cérébrale, une sorte de transfert de l'excitabilité. Pour expliquer ces phénomènes, M. Bochefontaine suppose que l'électrisation de l'écorce excite, non pas l'écorce, mais les faisceaux blancs sous-jacents et que l'excitabilité de ceux-ci est assez vite épuisée. Il admet de plus qu'un faisceau blanc, à fonction déterminée, se subdivise en plusieurs faisceaux secondaires, qui se rendent en des points divers de la couche corticale; ces groupes nerveux terminaux ne fonctionneraient pas tous à la fois, les uns conservant une excitabilité latente, les autres étant en pleine activité, et réciproquement. Si, par exemple, la faradisation du point salivaire cérébral n'agit plus sur une glande, dans telle expérience, c'est que le groupe de fibres nerveuses qui aboutit en ce point a perdu son excitabilité; alors un groupe voisin, inactif jusqu'à ce moment, entre en jeu lorsqu'on l'excite électriquement, et ainsi la portion du cerveau à laquelle il aboutit devient excitable.

M. Couty n'admet même pas cette suppléance, cette sorte de transfert. Mais, expérimentant sur le singe et sur le chien, il lui est arrivé fréquemment de ne pas retrouver un mouvement obtenu quelques instants auparavant par l'excitation électrique d'un point déterminé des circonvolutions, ou d'en produire un nouveau qui, à un premier examen, ne s'était nullement montré.

Ainsi M. Couty, répétant les expériences du professeur Vulpian et celles de M. Bochefontaine et en instituant de nouvelles, n'aperçoit aucun rapport fixe entre les points excités de l'écorce et les mouvements consécutifs et aucune constance dans le nombre et la nature des mouvements produits.

Même résultat en ce qui concerne les effets des lésions expérimentales des diverses régions du cerveau, en particulier de la zone motrice (chien et singe). Il n'y a pas de rapport fixe entre le siège d'une destruction ou d'une inflammation corticales et le siège ou la nature des troubles produits. D'autre part, on ne constaterait pas de différences entre les effets dus aux lésions corticales et les effets consécutifs aux lésions centrales (telles que dilacérations capsulaires, etc.); dans les deux cas, on observe des paralysies ou des contractures. — Il est donc impossible de délimiter une zone motrice dans le cerveau.

On remarquera que les expériences de M. Couty, comme celles de M. Bochefontaine, ainsi que les observations et les explications de ces deux physiologistes, portent beaucoup plus atteinte à la théorie des localisations cérébrales qu'à la notion de l'excitabilité de l'écorce. En quoi le déplacement des points excitables de la substance grise corticale prouve-t-il l'inexcitabilité de cette substance grise? Et comment peut-on tirer la même conclusion de la variabilité des effets produits par l'électrisation? Pour cette raison, on n'entrera pas ici dans la critique de plusieurs des faits étudiés dans les travaux dont il s'agit et, précisément parce que ces faits auraient besoin d'être examinés avec un soin sévère et les explications discutées avec rigueur, on laissera de côté cette tâche d'autant plus longue qu'elle serait un peu en dehors du sujet propre de cet article. — Il convient peut-être cependant d'observer que, à supposer que tous ces faits fussent complètement vus et exactement interprétés, il n'en résulterait pas un si grand dommage pour la doctrine même des localisations. On serait seulement amené, ce semble, à modifier la conception régnante des centres dits psycho-moteurs : au lieu de les prendre pour des organes qui commandent directement et en quelque sorte produisent des mouvements déterminés, on les considérerait comme des amas plus ou moins nettement délimités de substance grise dont les éléments, doués d'une sensibilité spéciale, peuvent réagir sur les appareils producteurs de mouvement. N'est-ce pas une idée analogue que M. François-Franck exposait récemment, à propos des centres sudoraux, dans son étude si complète et si approfondie de la SUEUR? (*Dictionn. encyclop. des sc. méd.*, 3e série, t. XIII, p. 146, 148, 149.)

8. *Examen critique des expériences relatives à la production des effets dus à l'excitation de l'écorce, après altération ou destruction de cette écorce.* — Si on cherche les raisons pour lesquelles M. Couty rejette l'excitabilité proprement dite de l'écorce, on voit qu'il en est une dont il a été particulièrement frappé; il y revient à plusieurs reprises et chaque fois il insiste sur les faits qui lui paraissent donner à cette raison une très grande force. L'intégrité des centres psycho-moteurs ne serait pas nécessaire, leur existence même ne serait pas indispensable à la production des mouvements qu'on attribue à ces centres. Et M. Couty cite à l'appui les expériences de M. Vulpian, celles de Carville et Duret, celles de Marcacci sur le cerveau cautérisé, abrasé, anémié, congelé ou anesthésié, toutes expériences avec lesquelles concordent les siennes. Comment se fait-il, demande alors M. Couty, que sur l'animal anesthésié la région dite motrice reste excitable électriquement, quoique l'anesthésie, suivant l'opinion générale, supprime d'abord l'action du cerveau? « A moins de prétendre, ajoute-t-il, qu'une cellule paralysée fonctionnellement peut rester excitable expérimentalement, la persistance de la sensibilité corticale à l'électricité, pendant toute la période où l'anesthésique paralyse isolément le cerveau, est la preuve que cet excitant ne met en jeu aucune des parties actives de cet organe. » (*Arch. de physiol.*, 1883, t. II, p. 279.) C'est par le même raisonnement que M. Couty interprète ses expériences, renouvelées de celles de M. Vulpian, sur les phénomènes d'excitabilité corticale persistant après l'injection de spores de lycopode dans la carotide, c'est-à-dire lorsque la substance grise, anémiée, « a sûrement perdu toutes ses propriétés ». C'est encore la conclusion qu'il tire d'autres expériences dans lesquelles il a vu que le curare ne fait pas disparaître les contractions consécutives aux électrisations de l'écorce.

Mais, à les bien prendre, ces faits n'ont pas la signification, et par conséquent l'argument n'a pas la valeur, que leur attribue l'auteur. Il n'y a pas du tout contradiction à penser que des éléments anatomiques, fonctionnellement paralysés (par le chloroforme ou le chloral, par l'anémie), peuvent encore être artificiellement excités (par l'électricité). Un nerf, après la mort générale, alors que la circulation du sang a complètement cessé, ne reste-t-il pas pendant un temps plus ou moins long excitable électriquement? Tant que la constitution chimique d'un tissu n'est pas très profondément altérée, ce tissu peut réagir à un excitant assez fort.

M. Couty prétend que le cerveau, ne recevant plus de sang, ou bien anesthésié, doit être devenu inexcitable; et cependant l'électrisation de l'écorce amène encore des mouvements. Il en conclut que ces mouvements ne dépendent pas du fonctionnement des circonvolutions. La conclusion, ce semble, dépasse

les faits ; car, dans les expériences surtout invoquées par M. Couty, il s'agit, non pas d'une destruction, mais d'une altération passagère des éléments. Que, dans les conditions réalisées par l'anesthésie, le cerveau soit physiologiquement inexcitable, c'est fort probable, c'est même chose sûre. Les éléments nerveux ne pourraient plus entrer en jeu sous l'influence de l'excitant physiologique normal. Mais un excitant plus puissant ne peut-il déterminer encore leur réaction ? Et l'électricité n'est-elle pas un tel excitant ? On sait très bien que les effets d'une excitation ne dépendent pas seulement du degré d'excitabilité des organes, mais qu'ils sont aussi proportionnels à l'intensité de l'excitation même. Et, dans le cas particulier, tous les faits s'accordent avec ce principe : n'a-t-on pas reconnu qu'il faut, pour obtenir les effets cherchés, augmenter l'intensité du courant électrique quand on a diminué l'excitabilité de la substance grise (expériences d'Albertoni, de Testa), et, d'autre part, que les effets de cette excitabilité sont moins intenses à mesure que l'anesthésie devient plus profonde (expériences de François-Franck et Pitres, de H. de Varigny)? — L'électricité peut donc réveiller l'excitabilité des éléments nerveux et amener les effets ordinaires de leur fonctionnement.

Celui-ci, d'ailleurs, ne présente-t-il pas diverses modifications qui consistent justement dans un affaiblissement des réactions motrices ? Il a été parlé assez longuement de ces modifications dans la première partie de cet article ; et les principales viennent encore d'être rappelées. On a vu, en somme, que l'influence des anesthésiques rend la production des convulsions moins facile. Aussi M. Couty se trouve-t-il assez embarrassé devant ces faits (V. la seconde partie de son mémoire), alors que dans la première partie de son travail il avait déclaré que chez l'animal anesthésié les contractions ne diffèrent pas de celles que l'on produit chez l'animal non endormi ; c'était sur ce point surtout qu'il avait appuyé son argumentation. Or les expériences de François-Franck et Pitres sont des plus précises, qui démontrent la diminution de l'excitabilité cérébrale dans l'anesthésie ou après la réfrigération de l'écorce ; et ces recherches acquièrent une valeur d'autant plus grande qu'elles ont été successivement confirmées par celles de Bubnoff et Heidenhain, de H. de Varigny sur la durée de la période d'excitation latente après chloralisation, et par celles d'Albertoni et de Testa sur la diminution de l'excitabilité après administration de bromure de potassium ou de zinc. M. Marcacci lui-même a constaté que, si l'on augmente progressivement la dose de chloral, les courants électriques agissant sur la substance grise sont de moins en moins efficaces pour produire des mouvements, et enfin qu'il arrive une période où ces mouvements n'ont plus lieu. Pourquoi M. Couty, qui accorde tant d'importance aux autres expériences de Marcacci, n'a-t-il pas le même égard pour celles-ci ?

Reste cette partie de l'argument de M. Couty qui repose sur les faits d'abrasion et de destruction partielle de la substance grise, faits à côté desquels on peut placer aussi beaucoup de lésions expérimentales dont les résultats le conduisent à la même conclusion. On peut douter que dans toutes ces expériences la section sous-corticale ait été faite avec les précautions indiquées par François-Franck et Pitres, assez profondément pour qu'il ne se trouvât plus de plaques de substance grise dans les scissures et les sillons. Il ressort d'ailleurs nettement des recherches de François-Franck et Pitres, comme il a été dit déjà, que l'excitation électrique de la capsule interne ne détermine jamais de convulsions consécutives, c'est-à-dire d'attaques épileptiformes ; pendant que le courant passe, on peut bien observer un état tétanique général ; mais aussitôt qu'on arrête le courant ce tétanos prend fin. C'est avec cette précision dans les termes qu'il faut décrire des expériences aussi complexes. M. Couty, au contraire, emploie les mots « convulsions, secousses convulsives », etc., et ne remarque pas explicitement s'il s'agit de mouvements généralisés ou d'attaques épileptiformes et si celles-ci sont consécutives ou non à l'électrisation.

Aussi bien, il faut voir là le défaut général du travail de M. Couty. Tant que ce physiologiste n'aura pas montré que les circonvolutions anesthésiées, anémiées, c'est-à-dire dont l'excitabilité est diminuée, réagissent exactement comme les circonvolutions intactes, et, par exemple, que la période d'excitation latente a la même durée, soit qu'on opère avant, soit qu'on opère après la réfrigération de l'écorce ou après la chloralisation, et qu'il se produit les mêmes attaques épileptiformes dans les deux cas, — il sera difficile de nier l'excitabilité de la substance grise. De telle sorte qu'on peut se demander si, malgré ses efforts, malgré les soins qu'il a constamment apportés à cette étude, M. Couty a pénétré au fond de la question.

La meilleure preuve que la solution à laquelle il arrive n'est pas aussi sûre qu'il le pense, c'est qu'il varie lui-même à ce sujet. Sans insister plus qu'il ne conviendrait sur ces contradictions, il importe de noter que M. Couty n'a pu s'empêcher de remarquer la forme particulière des réactions motrices consécutives à l'excitation électrique du cerveau. (voir p. 285, 1er mémoire.) Comment se fait-il, d'autre part, alors que l'auteur parle sans cesse de l'inexcitabilité de la substance grise, qu'il signale à diverses reprises « la sensibilité à l'électricité » de plusieurs régions de l'écorce ? (voir *passim* et surtout p. 291, 1er mémoire.)

Dira-t-on que cette excitabilité n'est autre que celle de la substance blanche sous-jacente ? Telle est bien en effet la théorie de M. Couty. Et, dans son travail, la question de l'excitabilité de l'écorce se confond avec celle, non moins ardue et non moins importante, du cerveau moteur. Or il estime que le cerveau n'a aucun rôle moteur et qu'il n'agit sur les muscles que par l'intermédiaire de la moelle.

Comme cet article n'a pas pour sujet propre la théorie des centres psycho-moteurs, on ne peut entrer dans l'examen détaillé — et qu'elle mériterait — de la thèse soutenue par M. Couty. Il est bon toutefois de faire observer que sur ce point encore l'opinion de ce physiologiste n'est pas si solidement établie qu'elle ne subisse quelques variations. Ne s'attache-t-il pas lui-même à montrer que chez la poule une simple lésion unilatérale du cerveau détermine des troubles moteurs dans les deux pattes, et, d'une façon générale, chez tous les animaux, que les lésions du cerveau peuvent agir sur la moelle et modifier son action. A la vérité, dans ces cas, le cerveau n'agirait, d'après M. Couty, que comme les appareils d'excitation périphériques, réflexivement sur la moelle. Toujours est-il qu'à la fin de son second mémoire l'auteur modifie sa doctrine, en ce sens qu'il ne dit plus que le cerveau ne joue aucun rôle moteur, mais seulement qu'il ne joue aucun rôle *direct* dans les mouvements musculaires (1).

(1) Que la moelle soit un organe moteur, personne ne le conteste ; mais ce fait n'implique pas cet autre fait, que le cerveau ne

VI. CONCLUSION GÉNÉRALE.

Par conséquent le problème reste le même et la question essentielle, ce me semble, est toujours de savoir si les réactions, motrices ou sensitives, consécutives à l'excitation de la substance grise corticale, diffèrent des réactions obtenues par l'excitation de la substance blanche, et en quoi consistent ces différences.

Or il paraît bien, dans l'état actuel de la physiologie, que ces différences existent; et on a tenté de les mettre en lumière dans cette étude, en les ramenant à trois grands phénomènes qui sont : l'addition latente, la durée de la période d'excitation latente et les convulsions épileptiformes. De plus, on a essayé de montrer que les données récentes, relatives aux actions d'arrêt, tendent aussi à faire admettre comme réelle l'excitabilité de l'écorce du cerveau.

Que si des expériences nouvelles viennent confirmer et surtout expliquer ces faits d'inhibition, on pourra se représenter notre conception de l'excitabilité de l'écorce comme ayant rapidement passé par trois phases successives : dans la première, par une interprétation un peu grossière des résultats expérimentaux, on a admis des régions motrices et des régions non motrices de la substance grise corticale. Dans la deuxième, Brown-Séquard tient les régions dites inexcitables pour excitables; seulement l'excitation portant sur ces points donne lieu à des actions d'arrêt. Enfin, et cette idée se fait jour à peu près en même temps que celle de Brown-Séquard, le professeur Beaunis pense que dans toutes les portions de l'écorce, et d'ailleurs dans tout le système nerveux, il peut se produire à la fois des actions motrices et des actions d'arrêt, mais que, suivant la prédominance des unes ou des autres, les résultats des excitations sont différents. Quelle que soit du reste la théorie adoptée, on voit que la substance grise doit toujours être considérée comme excitable.

EUGÈNE GLEY.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. DE L'EMPLOI DE L'HYDRASTIS CANADENSIS EN GYNÉCOLOGIE, par M. SCHATZ, de Rostock (1). — II. DE L'ACTION PHYSIOLOGIQUE DE L'HYDRASTIS CANADENSIS, par M. L. FELLNER, communication préalable (2). — III. DE LA RACINE DE COTONNIER COMME SUCCÉDANÉ DE L'ERGOT DE SEIGLE, par le docteur PROCHOWNIK, de Hambourg (3).

I. M. SCHATZ a employé dans 50 cas d'hémorrhagies utérines, de causes variées, l'extrait fluide d'hydrastis canadensis, préparation qui est préconisée par les médecins américains dans le traitement des métrorrhagies. Dans deux tiers des cas, les résultats thérapeutiques obtenus avec le nouveau médicament ont été très satisfaisants. Il en a été ainsi dans des cas de métrorrhagies entretenues par des myomes utérins, où l'administration prolongée de l'ergot de seigle s'était montrée inefficace, — dans des cas de ménorrhagies post-puerpérales, — dans des cas de ménorrhagies survenues chez des jeunes filles de 15 à 18 ans, — enfin dans des cas d'endométrite où l'on avait tenté infructueusement l'emploi du grattage. L'extrait fluide d'hydrastis canadensis était donné à la dose quotidienne de 60 *gouttes*, en trois prises. On commençait le traitement une semaine, et plus, avant l'époque présumée d'une époque menstruelle. Sous l'influence de cette médication, les périodes menstruelles devenaient plus courtes et l'écoulement de sang moins abondant, voire que dans quelques cas les règles étaient supprimées. Même lorsque les hémorrhagies étaient sous la dépendance d'un myome utérin, elles ont été souvent arrêtées pendant plusieurs mois consécutifs. Détail important, c'est que la médication n'a pas d'inconvénient manifeste. L'appétit des malades est accru, et il n'y a qu'à s'en louer. Dans un seul cas, une femme présenta dans le cours du traitement des phénomènes d'exaltation.

M. Schatz pense que l'hydrastis canadensis agit en faisant contracter les vaisseaux de l'appareil génital chez la femme, et en diminuant de la sorte l'afflux sanguin du côté de l'utérus. Cette question de l'action physiologique du nouveau médicament a d'ailleurs fait l'objet de recherches récentes de la part de M. Fellner.

II. M. L. FELLNER a entrepris dans le laboratoire du professeur Basch (de Vienne) des expériences destinées à nous renseigner sur l'action physiologique de l'extrait fluide d'hydrastis canadensis. Ces expériences ont été faites sur des chiens. L'attention de M. Fellner s'est portée exclusivement sur les effets que l'hydrastis canadensis exerce sur les vaisseaux, sur le cœur, sur l'intestin grêle et sur l'utérus. Voici en substance les résultats qui ont été obtenus :

A hautes doses (2 gr. 5—5 gr.), l'extrait fluide d'hydrastis canadensis, injecté directement dans les veines, élève momentanément la pression intra-vasculaire; mais cette première phase est bientôt suivie d'une autre, durant laquelle la pression sanguine s'abaisse au-dessous de son niveau physiologique, sans y revenir ultérieurement. Quelquefois même la mort est la conséquence de l'abaissement progressif de la pression intra-vasculaire.

Lorsqu'on injecte des doses moindres (1/2 à 1 gramme) avec la seringue de Pravaz, l'abaissement de la pression intra-vasculaire est moins prononcé et moins prompt à survenir, mais persiste malgré cela très longtemps. De même l'élévation de la pression intra-vasculaire, conséquence immédiate de l'injection, a également une durée plus longue. A doses encore plus faibles (1 à 3 divisions de la seringue de Pravaz), l'effet initial est au contraire un abaissement de la pression intra-vasculaire, de durée très courte, et l'effet secondaire une élévation de la pression intra-vasculaire, qui persiste indéfiniment.

Quand on injecte successivement plusieurs doses moyennes, le résultat final est le même qu'avec une seule dose. Plusieurs doses faibles consécutives produisent le même résultat final qu'une seule dose moyenne.

L'injection sous-cutanée d'une forte dose (2 grammes) détermine d'abord un abaissement passager de la pression intra-vasculaire; celle-ci se relève ensuite pendant une période de temps assez courte, pour s'abaisser de nouveau, non point

joue aucun rôle moteur. C'est une judicieuse réflexion de M. Couty, dans l'un de ses mémoires, que rien n'autorise à confondre les termes : zone sensible à l'électricité et zone motrice. De même, on ne peut confondre deux appareils organiques, pour nier de l'un une propriété, parce qu'on la reconnaît dans l'autre.

(1) CENTRALBLATT FÜR GYNÆKOLOGIE, 1883, no 43.

(2) CENTRALBLATT FÜR DIE MEDICINISCHEN WISSENSCHAFTEN, 1884, no 24.

(3) CENTRALBLATT FÜR GYNÆKOLOGIE, 1884, no 5.

d'une façon continue, mais par oscillations assez prononcées.

Le résultat est le même quand la substance médicamenteuse est directement injectée dans le rectum ou dans l'estomac de l'animal.

La section préalable des nerfs splanchniques ne modifie pas sensiblement les effets produits par l'injection intra-veineuse de petites et de fortes doses d'extrait fluide d'hydrastis canadensis. Il en est de même de la compression de l'aorte abdominale.

La section de la portion cervicale de la moelle n'empêche pas l'injection du médicament de produire un abaissement de la pression intra-vasculaire; mais celle-ci ne se relève pas.

Pendant la phase d'abaissement de la preesion intra-vasculaire, la strychnine, comme l'état dyspnéique, produit un relèvement de pression.

A l'inspection directe, on constate que l'intestin grêle s'injecte pendant la période d'abaissement de la pression sanguine, et devient exsangue pendant la période où la pression sanguine se relève. L'hydrastis canadensis manifeste donc des effets vaso-moteurs très marqués, qui dépendent d'une excitation de centres cérébraux.

Durant la première période d'action du médicament, le pouls se ralentit. Ce ralentissement va quelquefois jusqu'à l'arrêt complet des contractions du cœur; il reconnaît pour cause une excitation du bout central du nerf vague, car il manque lorsque préalablement on a sectionné les deux pneumogastriques.

A la suite de l'injection de fortes doses d'hydrastis canadensis, on observe également le ralentissement du pouls avec arytbmie durant la seconde phase, lorsque la pression intravasculaire s'est abaissée. A cette période, la section préalable des nerfs vagues n'exerce aucune influence sur le ralentissement du pouls.

Les injections d'hydrastis canadensis déterminent des contractions de l'utérus, aussi bien du corps de l'organe que des cornes. L'effet maximum est produit peu de temps après l'injection; néanmoins on observe ultérieurement des contractions utérines manifestes, qui portent principalement sur les cornes.

Les contractions utérines coïncident avec les contractions vasculaires, chez les animaux qui se trouvent placés sous l'influence de l'hydrastis canadensis.

III. M. Prochownick (de Hambourg), ayant appris qu'en Amérique la racine de cotonnier (*Radix Gossypii herbacei*) est employée par des médecins comme succédané de l'ergot de seigle, a entrepris des recherches pour s'édifier sur la valeur de ce remède en gynécologie et dans la pratique obstétricale. Tout d'abord il chargea un chimiste du laboratoire municipal de Hambourg d'examiner la racine de cotonnier au point de vue des principes actifs qu'elle pouvait contenir. Il s'est fait voir que, pas plus que l'ergot de seigle, la racine en question ne renferme un alcaloïde ou un glycoside; les recherches faites sur les graines de la plante ont donné des résultats tont aussi négatifs.

Les expériences cliniques de M. Prochownick ont démontré, d'autre part, que la racine de cotonnier doit être administrée sous forme d'infusion fraîche, pour conserver toute la puissance de ses effets physiologiques.

Administrée sous cette forme, à la dose de 3 à 6 grammes toutes les heures (on peut pousser la dose à 10 grammes sans danger), la racine de cotonnier provoque des contractions utérines intermittentes, comparables aux contractions spontanées de l'utérus en travail, tandis que le seigle ergoté a pour effet bien connu de mettre l'utérus en état de tétanisation. Aussi, contrairement à ce qui a lieu pour le seigle ergoté, la racine de cotonnier peut être administrée sans danger avant l'expulsion du fœtus, du moins au dire du médecin de Hambourg. Ce dernier convient toutefois qu'au point de vue de l'intensité et de la rapidité des effets produits (contraction des fibres lisses et des vaisseaux de l'utérus) la racine de cotonnier est inférieure au seigle ergoté; c'est donc au second de ces médicaments qu'on devra recourir de préférence dans les cas d'hémorrhagies post-puerpérales qui réclament une intervention énergique.

Les choses se présentent un peu autrement dans la pratique gynécologique, d'après les observations de M. Prochownick. Administrée au moment d'une hémorrhagie utérine, l'infusion de racine de cotonnier ne manifeste pas d'influence bien prononcée sur la perte de sang. Si au contraire le remède est prescrit immédiatement après une hémorrhagie, on verra les pertes de sang ultérieures à la fois diminuer d'abondance et se reproduire à des intervalles plus éloignés; ce résultat a été obtenu en particulier dans les cas où les métrorrhagies reconnaissaient pour cause la présence d'un fibro-myome dans les parois de l'utérus. A cet égard, la racine de cotonnier sera substituée avec avantage aux injections sous-cutanées d'ergotine qui sont loin d'être dépourvues d'inconvénients. M. Prochownick a vu quelquefois des fibromyomes utérins diminuer sous l'influence du traitement; il n'a jamais vu une tumeur utérine poursuivre son développement chez les femmes qui étaient soumises depuis plusieurs mois sans interruption à l'administration de l'infusion de racine de cotonnier. La dose quotidienne est de 10 grammes en infusion fraîche, à prendre en une fois, ou bien de 15 grammes en deux prises. Ces mêmes doses conviennent dans les cas où le médicament est employé pour dissiper l'engorgement par défaut d'involution de l'utérus, à la suite d'une couche. Ajoutons que M. Prochownick recommande de faire macérer préalablement dans l'eau froide, avant de la faire servir à une infusion, la racine de cotonnier du commerce, qui a été soumise à une forte compression pendant le transport.

E. Ricklin.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de pathologie comparée. — La nature vivante de la contagion. — Contagiosité de la tuberculose, par M. H. Bouley, membre de l'Institut. — Un volume in-8 de 390 pages. — Paris, 1884.

L'idée cartésienne qui accordait à l'homme seul la faculté de penser et réduisait les animaux à l'état de simples machines animées, a exercé sur la médecine une influence plus profonde et plus durable qu'on ne saurait l'imaginer au premier abord. Tout au moins a-t-elle contribué à accentuer dans l'esprit du plus grand nombre la disjonction qui existait déjà entre la médecine de l'homme et celle des animaux. Certes, la constitution de la physiologie à l'état de science avait eu comme point de départ et comme moyen principal la similitude fondamentale qui existe entre l'homme et les bêtes et le concours que

pouvait donner l'étude de celles-ci pour découvrir les mystères de la nature et des fonctions humaines; comme l'avait dit Buffon dans une formule pleine de justesse : « Si les animaux n'existaient pas, la nature de l'homme serait encore plus incompréhensible. »

Mais si tout le monde s'accorde à proclamer l'identité des faits physiologiques chez l'homme et les animaux, s'il est admis par tous, par exemple, que la nutrition élémentaire s'opère, dans les termes élevés de la série, par des procédés analogues; si, en un mot, l'unité de la physiologie est un article de foi, il n'en est pas de même pour la pathologie. Plusieurs cliniciens, en effet, défendent encore la dualité de la médecine.

M. H. Bouley consacre ses trois premières leçons à protester contre cette manière de voir, et il accumule les preuves qui établissent rigoureusement l'unité de la pathologie. C'est que la chose vaut la peine qu'on s'y arrête et qu'on prenne un parti décisif! S'il y a deux pathologies, l'invasion dans la médecine humaine des doctrines microbiennes est un fait redoutable au point de vue de la pratique médicale; sinon, la médecine de l'homme est appelée à bénéficier dans une incalculable mesure des immenses découvertes du grand maître de ces doctrines, de M. Pasteur. Posée ainsi, la question est résolue d'avance : il n'y a qu'une pathologie, parce que les lois qui président aux fonctions normales étant les mêmes dans toutes les espèces, dans toutes également les troubles qui surviennent dans lesdites fonctions doivent procéder des mêmes lois, suivant l'aphorisme célèbre d'Hippocrate : « *Quæ faciunt in sano actiones sanas, eadem in ægro morbosas.* » D'ailleurs, cette idée contestée ne s'affirme-t-elle pas avant tout dans les maladies microbiennes? L'action de certains microbes infectants n'est-elle pas la même dans les deux cas? L'homme et le mouton sont égaux devant le charbon!

Et les dissensions qui existent encore sont de nature à éclairer d'un puissant rayon de lumière les conditions de milieu dans lesquelles le contage peut ou ne peut pas évoluer; ces conditions déterminées, quel champ pour la thérapeutique et la prophylaxie!

En un mot, les procédés morbides influencent l'homme et l'animal d'une manière analogue, réserve faite des aptitudes morbides dérivant d'une question de milieu, aptitudes qui existent aussi bien dans l'espèce humaine que dans les espèces animales; il n'y a donc qu'une médecine, et celle-ci doit mettre à son avoir toutes les conquêtes que la science peut faire quand elle pénètre le secret d'un trouble dans les fonctions de la vie, quel que soit l'être vivant qui est en jeu.

Si M. H. Bouley défend si ardemment l'unité de la pathologie, c'est qu'il veut faire entrer dans les esprits cette conviction que tous les faits expérimentalement démontrés par M. Pasteur sur les maladies contagieuses sont applicables à la médecine humaine, et en particulier que ces maladies contagieuses sont fonction d'un élément vivant qui est la condition exclusive et nécessaire de leurs manifestations anatomiques et symptomatiques. L'expérimentation sur les animaux élargit chaque jour le cercle des preuves à l'appui de cette vérité.

Parmi les maladies microbiennes ainsi déterminées, plusieurs offrent chez l'homme et les animaux une identité absolue, je veux parler du charbon, de la rage et de la tuberculose.

C'est à cette dernière que sont consacrées la majeure partie des leçons de M. H. Bouley; son but est de fixer l'attention des praticiens et des pouvoirs publics sur les rapports qui existent entre la tuberculose des animaux qui servent à l'alimentation et celle de l'homme; ces rapports, aujourd'hui des vérités incontestables, puisque la contagiosité de la tuberculose et en particulier sa transmissibilité par les voies digestives ne font plus de doute pour personne, ces rapports, dis-je, posent le grave problème des mesures sanitaires à prendre pour que l'hygiène publique puisse profiter des résultats acquis par les recherches expérimentales. Si la solution de ce problème est entourée de difficultés matérielles qui empêchent encore les applications pratiques de découler du principe formel de la contagiosité digestive, les documents rassemblés par M. H. Bouley dans ses leçons serviront à la préparer.

En effet, s'il est prouvé que la contagion est la seule cause nécessaire de la tuberculose, s'il est démontré que, cette cause supprimée, les causes adjuvantes restent sans effet, la conséquence pratique est qu'il faut poursuivre cette contagion et l'attaquer sans merci. Or la chair et le lait sont dans l'alimentation les véhicules habituels du microbe tuberculeux; donc, pour diminuer les chances d'infection par l'usage de ces aliments, il faudrait, par exemple, que la tuberculose bovine fût assez bien connue symptomatiquement pour qu'on pût, à des signes certains, en affirmer l'existence et faire abattre les animaux. Ainsi, non seulement on ne livrerait pas à la consommation des viandes ou du lait tuberculeux, mais on réduirait dans de fortes proportions la contagion dans les étables. Malheureusement la tuberculose de la vache est une maladie mal définie à sa période initiale; aussi M. H. Bouley appelle la médecine humaine à son aide, et d'autre part trace un programme de recherches à entreprendre avec les moyens de diagnostic plus parfaits que l'on possède aujourd'hui, tels que les inoculations et la recherche des bacilles.

Quand on songe que la phthisie est compatible dans l'espèce bovine avec le bon état des chairs et l'embonpoint, on conçoit les difficultés pratiques qui viennent mettre obstacle à ce principe absolu que toute viande provenant d'animaux tuberculeux doit être soustraite à la consommation. Interdire les viandes de provenance tuberculeuse, quelle que soit leur apparence, tel est le but à atteindre; mais, dans l'application, les intérêts en jeu profitent des incertitudes d'un petit groupe de dissidents, vétérinaires ou médecins, et les inspecteurs de boucherie, troublés par ces divergences d'opinion, deviennent hésitants. M. H. Bouley propose donc : 1° d'interdire d'abord de livrer à la consommation les viandes, *même de belle apparence*, provenant d'animaux *manifestement* atteints de la tuberculose; 2° si les dangers de la contagion existent réellement dans la mesure qu'impliquent les résultats expérimentaux de M. Toussaint, l'interdiction devrait être absolue.

Aux mesures sanitaires prophylactiques, M. H. Bouley joint le programme des recherches de thérapeutique expérimentale à entreprendre : on peut dire que dans cette voie tout est à faire, et le congrès des médecins allemands, tenu l'an dernier à Wiesbaden, déclarait que les découvertes récentes sur la phthisie n'avaient nullement avancé sa thérapeutique.

Quand la phthisie est faite, la médication antiparasitaire est inutile, car la maladie est plus dans les réactions organiques qu'a déterminées le bacille que dans ce bacille lui-même; l'effort de la thérapeutique expérimentale doit tendre à rendre les animaux qui sont susceptibles d'une contagion donnée, impropres à la culture de l'élément vivant de cette contagion,

en déterminant l'agent modificateur capable de stériliser le milieu organique.

Dans l'étude d'un livre de cette ampleur, il faut nécessairement viser les idées générales qui font l'originalité de l'œuvre ; mais en dehors de celle-ci, en dehors aussi des programmes de travaux que M. H. Bouley fournit à ses lecteurs avec une libéralité peu commune, il y a le livre lui-même, c'est-à-dire une réunion d'innombrables documents et d'idées personnelles, classés avec l'habileté d'un maître en l'art d'écrire qui saisit la dominante dans chacun des faits qu'il rapporte, critique et met hors de cause les déductions hasardeuses, assemble avec une singulière faculté de synthèse les éléments, si disparates qu'ils soient, qui doivent servir d'échafaudage à sa discussion, et conclut avec cette netteté précise qui impose la conviction. Je ne connais pas, en effet, d'étude plus complète et plus intéressante à la fois sur la contagiosité de la tuberculose que les huit leçons que M. H. Bouley lui consacre. Il y a là un vrai modèle à suivre au point de vue de l'exposition didactique d'une question complexe par elle-même, et de faits nombreux et souvent contradictoires qui tous prennent une valeur confirmative de la thèse que soutient l'auteur, de sorte que cet amoncellement de faits s'arrange et s'ordonne comme naturellement pour aboutir aux conclusions presque mathématiques que l'art du professeur en fait découler avec la plus grande simplicité.

M. H. Bouley a ajouté, comme appendice à ses leçons, une analyse critique d'un mémoire très important de M. Lydtin, vétérinaire principal du grand-duché de Bade, sur la question de la phthisie dans l'espèce bovine ; cette analyse est divisée en trois parties qui ont trait à l'influence de l'hérédité, de la contagion, et aux mesures préventives contre les dangers de l'usage alimentaire des viandes provenant des animaux tuberculeux. Les conclusions de ce travail sont absolument d'accord avec celles que M. H. Bouley a défendues dans le cours de ses leçons.

Le premier volume des *Leçons de pathologie comparée* de M. H. Bouley avait eu un vif succès dans le monde savant ; la deuxième série des *Leçons du Muséum*, dont je viens de donner un aperçu, a été conçue avec le même esprit d'avant-garde, elle est écrite avec la même personnalité et le même entrain, elle est appelée au même retentissement.

ALBERT ROBIN.

FORMULAIRE

POMMADE DE WILKINSON, EMPLOYÉE DANS LE TRAITEMENT D'UN CERTAIN NOMBRE D'AFFECTIONS PARASITAIRES DE LA PEAU.

Rec. Poix / Soufre } ââ 10 grammes.
Craie lavée.... 20 —
Rec. Savon noir / Axonge } ââ 30 —

Mêler pour f. s. a. un onguent.

Hébra a proposé la modification suivante pour la préparation de cette pommade :

Rec. Goudron....... / Soufre....... } ââ 100 grammes.
Savon vert...... / Cérat......... } ââ 200 —
Craie.............. 10 —

M. s. a. E. R.

NOTES & INFORMATIONS

A Toulon, l'épidémie, après des alternatives d'amélioration et d'aggravation, semble vouloir s'étendre aux localités environnantes. Ainsi aux Sablettes, petite baie située en face de Toulon, on a noté 1 décès ; à la Seyne, à huit kilomètres de Toulon, 1 décès ; à Lagarde, à six kilomètres de Toulon, 4 décès ; à Pradet, neuf kilomètres de Toulon, 2 décès.

Dans la journée du 16 juillet, le nombre des décès cholériques s'est élevé à 26.

— A Marseille, l'épidémie, dans le cours du dernier septenaire, a subi une recrudescence marquée. Dans la journée du 9 juillet, la mortalité par le choléra avait été de 1 décès environ par heure. Dans les jours qui ont suivi, le nombre des décès s'est élevé :

Du 9 au 10 à 52
10 — 11 — 74
11 — 12 — 65
12 — 13 — 57
13 — 14 — 61
14 — 15 — 69
15 — 16 — 63
16 — 17 — 43

Le total des décès cholériques depuis le 27 juin, jour du début de l'épidémie à Marseille, jusqu'au jeudi 16 juillet huit heures du soir, s'élève à 610.

— Le *Figaro* a sollicité l'avis de M. Pasteur sur la consultation du docteur Koch et a reçu de lui la réponse suivante :

« Toutes les mesures prophylactiques contre le choléra, que la presse nous fait connaître comme ayant été indiquées à Marseille et à Toulon par le docteur Koch, sont précisément celles qui sont préconisées depuis l'époque déjà éloignée où il a été démontré que le choléra se transmettait principalement par les déjections des cholériques.

« Il y a cependant un point très nouveau dans les instructions du docteur Koch.

« Il condamne les arrosages, les écoulements d'eaux dans les ruisseaux et assure enfin que toutes les causes d'humidité sont favorables à la propagation de l'épidémie. Nous ne pouvons, en vérité, partager cette manière de voir.

« Que dans la poussière d'une rue, d'un trottoir, d'une chambre, d'un linge souillé et sec, il existe des microbes cholériques, si ces microbes sont desséchés au point d'avoir perdu toute vitalité, on aura beau les arroser, cela ne leur rendra pas la vie.

« Si, par contre, leur état de dessiccation est de telle nature que l'humidité puisse favoriser leur retour à la vie, il ne peut qu'être utile de les humecter, car ils seront alors moins susceptibles d'être emportés comme poussière par le vent et l'agitation.

« En effet, si on les laissait de préférence dans cet état de sécheresse relative, qui ne les a pas encore tués, le moindre mouvement pourrait les amener sur nos muqueuses, où ils trouveraient l'humidité nécessaire à leur vie.

« La logique de ce raisonnement nous paraît incontestable et prouve le peu de fondement de l'opinion du docteur Koch.

« Qui oserait entrer, pour y dormir ou pour y manger, dans une chambre où il y aurait eu un décès cholérique et où on aurait suspendu et conservé pendant plusieurs jours, en état de dessiccation, des linges ou des vêtements souillés par le malade ? »

De vive voix, M. Pasteur a en outre formulé les critiques qu'on va lire :

« Les objets salis par des déjections seront nettoyés à l'aide de « linges secs qu'il faudra brûler ensuite », dit le rapport. Cela me paraît impraticable. On nettoie déjà très insuffisamment un vase ou un meuble en se servant d'un linge sec ; mais il n'est pas possible

de nettoyer de cette manière un drap ou une serviette. Quoi qu'il en soit, le linge précédemment sec deviendra mouillé, de telle sorte que le danger n'aura fait que changer de place.

« Brûlez-le, ajoute-t-on ! Ici encore mon avis est différent.

« On sait qu'en brûlant un linge il peut s'en détacher des bribes non encore calcinées et susceptibles de voltiger dans l'appartement. Je préfère de beaucoup que les linges soient plongés dans l'eau bouillante ; le résultat est le même.

« Enfin M. Koch recommande « de laisser inhabités pendant six « jours les appartements où auront résidé des cholériques ». Pourquoi six jours? Sur quoi peut-on baser cette opinion que le danger n'existe plus le septième jour? Cette théorie rentre dans le domaine des suppositions. »

— D'autre part, M. Félix Thomas, médecin en chef de la marine, chargé du service de l'hôpital Saint-Mandrier, vient d'adresser une lettre à M. le docteur Drouet, dans laquelle il déclare que le traitement du choléra par le collodion a donné des résultats étonnants dans son service, et que cette médication ne s'est montrée inefficace que chez les cholériques parvenus à la période d'asphyxie au moment de leur entrée à l'hôpital.

Découverte du germe du choléra. — Philippe Pacini (de Florence), mort il y a à peine une année, attribua le premier, en 1854, le choléra à un micro-organisme, que le docteur Tomasi-Crudeli rangeait en 1882 dans la classe des Schizomycètes. Ce micro-organisme, au dire de Pacini, attaquait surtout la muqueuse intestinale ; sa doctrine fut tenue pour ridicule et folle jusqu'au jour tout récent où la commission allemande, recherchant en Egypte et dans le delta du Gange la cause spécifique du choléra, arriva aux mêmes conclusions que le pathologiste florentin. (Extrait du journal The Lancet, 12 juillet 1884).

Congrès d'hygiène industrielle de Rouen, les samedis 26 et dimanche 27 juillet 1884, sous le patronage de la Société industrielle, avec le concours du Conseil central d'hygiène publique et de salubrité de la Seine Inférieure et de la Société de médecine de Rouen. — Le Congrès d'hygiène industrielle ouvrira le samedi 26 juillet, à neuf heures du matin, dans le grand amphithéâtre de physique où s'étaient réunis, en 1883, les membres de l'Association française pour l'avancement des sciences.

Voici la liste des travaux inscrits pour être lus dans cette session :

§ I. — *Hygiène de l'ouvrier dans l'atelier.*

Docteur Napias. — Du rôle des poussières dans l'étiologie professionnelle ; principes généraux d'hygiène préventive dans les industries à poussières.

Vilmotte. — De l'atmosphère des ateliers.

Saladin. — De la ventilation des ateliers de cardage et moyens d'y entretenir un air pur.

Mairesse. — De la ventilation des ateliers et humidification des ateliers de filature et tissage.

Naudin. — De l'emploi de la saturation par la vapeur d'eau de l'air pour la désinfection des ateliers.

Blaise. — Perfectionnement apporté aux tondeuses mécaniques de drap dans le but d'éviter les accidents.

Delacroix. — Moyens pratiques pour supprimer les vapeurs délétères.

Decoène. — Accidents de fabrique.

Offroy. — Moyens préservatifs contre les accidents pouvant survenir dans l'apprêtage du coton.

Docteur Félix Brémond. — Précautions à prendre pour diminuer les dangers de la fabrication du celluloïd.

Salva. — Moyens de prévenir les accidents dus à l'explosion de certains mélanges gazeux.

Docteur Duchesne. — Hygiène professionnelle des industries textiles.

Docteur Deshayes. — Hygiène défectueuse des ouvriers dans les filatures et tissages de Rouen.

Docteurs Dupuis et Weiss. — Vêtement de l'ouvrier.

Dutertre. — Eclairage des ateliers.

Docteur A.-J. Martin. — L'hygiène industrielle dans les Expositions internationales d'hygiène et notamment à celle de Londres.

§ II. — *Hygiène de l'ouvrier hors de l'atelier.*

Cacheux. — Habitations ouvrières et alimentation de l'ouvrier.

Guillemard. — Habitations ouvrières.

Siegfried. — Habitations ouvrières.

E. Gosselin. — Habitations ouvrières.

Martin. — Les maisons ouvrières et Saint-Ouen.

Ch. Benoist. — Des logements insalubres.

Thioudet. — Hygiène de l'ouvrier hors de l'atelier, éducation, instruction, alimentation.

Delohel. — Hygiène de l'ouvrier.

Egrot. — Emploi de la vapeur dans les grandes manufactures pour la cuisson des aliments, l'hydrothérapie, etc, etc.

Marambat — De l'usage du tabac chez l'ouvrier. — Influences diverses de cet usage sur la famille.

§ III.

Léon Dumuys. — Présentation d'un appareil appelé « calori-serve », destiné au transport des aliments.

Boulangerie coopérative d'Angoulême.

Nota. — Afin de favoriser l'assistance au Congrès d'hygiène industrielle, l'administration des chemins de fer de l'Ouest a décidé qu'à partir du vendredi 25 juillet des billets à destination de Rouen seraient délivrés, à prix réduit, dans la plupart des gares de son réseau et seraient valables jusqu'au lundi soir 28.

Adresser *franco* adhésions et tout ce qui concerne le Congrès à M. le secrétaire général du Comité d'organisation du Congrès d'hygiène industrielle, 7, rue Jeanne-Darc, Rouen.

— La Société contre l'abus du tabac met au concours la question de savoir si l'usage abusif du tabac prédispose ou non à contracter le choléra, et si cet usage exerce une influence sur l'issue de la maladie. — Le programme détaillé du concours sera adressé gratuitement aux personnes qui en feront la demande au président, rue Jacob, 38, Paris.

— M. le docteur Edmond Langlebert et son fils nous prient de faire savoir qu'ils sont complétement étrangers à la préparation ainsi qu'à l'annonce faite dans les journaux politiques par un pharmacien homonyme, sous le nom de *Sublimol Langlebert*, d'un remède contre le choléra.

R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie. — On annonce la mort de M. le docteur Bourgarel, de Toulon.

***

Au cours de la séance du Conseil municipal tenue le mercredi 26 juillet, le projet de délibération suivant, déposé par M. Deligny au nom de la commission sanitaire, a été adopté :

« Il est ouvert un crédit extraordinaire de 200,000 francs à l'administration de l'Assistance publique pour l'établissement de deux hôpitaux sous baraquements, au nord et au sud, sur le glacis des fortifications mis à sa disposition par l'administration de la guerre. »

***

Faculté de médecine de Bordeaux. — *Concours de clinicat.* — Ce concours vient de se terminer par la nomination de MM. Diguat et Chambrelent.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — Par décret rendu sur le rapport du ministre de l'instruction publique, il est créé à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille une chaire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

— La Société de médecine d'Anvers met au concours les quatre questions suivantes : 1o discuter les dangers de la chloroformisation et les méthodes de les prévenir ; 2o exposer le traitement de l'eczéma ; 3o étudier l'infusion du sang et d'autres liquides réparateurs ; 4o exposer et discuter le traitement de l'épanchement pleurétique purulent.

Les mémoires doivent ête envoyés avant le 1er juin 1885.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — *Prix E. Godard* (1884). — Le bureau de la Société de biologie rappelle aux personnes qui voudraient adresser des mémoires à la Société de biologie pour le prix E. Godard, que le terme du délai pour l'envoi de ces mémoires est fixé au 31 août 1884.

Les mémoires devront être adressés au siège de la Société de biologie, 14, rue de l'Ecole-de-Médecine, ou au docteur Dumontpallier, secrétaire général de la Société, rue Vignon, 24, à Paris.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 4 AU JEUDI 10 JUILLET 1884.

Fièvre typhoïde 41. — Variole 1. — Rougeole 39. — Scarlatine 6. — Coqueluche 14. — Diphthérie, croup 27. — Dysentérie 0. — Erysipèle 6. — Infections puerpérales 4. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 60. — Phthisie pulmonaire 188. — Autres tuberculoses 14. — Autres affections générales 73. — Malformation et débilité des âges extrêmes 47. — Bronchite aiguë 21. — Pneumonie 53. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 86, — au sein et mixte 34. — Inconnu 8. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 109. — de l'appareil circulatoire 47. — de l'appareil respiratoire 61. — de l'appareil digestif 71. — de l'appareil génito-urinaire 32. — de la peau et du tissu lamineux 10. — des os, articulations et muscles 10. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 1. — Epuisement 0. — Causes non définies 3. — Morts violentes 37. — Causes non classées 6. — Total de la semaine : 1105 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

RECHERCHES HISTORIQUES, ETHNOGRAPHIQUES ET MÉDICO-LÉGALES SUR L'AVORTEMENT CRIMINEL, par le docteur Léon Galliot. In-8 de 130 pages avec deux tableaux de la statistique criminelle de la France. — Prix : 4 fr. Paris, O. Doin, 8, place de l'Odéon.

DE LA VACCINATION PAR INJECTION SOUS-ÉPIDERMIQUE, par le docteur Bourgeois, médecin-major. In-8 de 20 pages. — Prix : 1 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

DE L'ALCOOL, SA COMBUSTION, SON ACTION PHYSIOLOGIQUE, SON ANTIDOTE, par le docteur Jules Jaillet, ancien chef du laboratoire de thérapeutique de la Faculté de médecine de Paris. Un volume in-8 de 180 pages. — Prix : 4 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

55e année. 7e série. Tome Ier. N° 30 26 JUILLET 1884

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.**

CLINIQUE MÉDICALE

UN CAS D'HÉMIANESTHÉSIE, DE CAUSE CÉRÉBRALE, AVEC MOUVEMENTS ANORMAUX DU BRAS ET DE LA JAMBE HÉMIPLÉGIÉS, par le Dr RAYMOND, médecin de l'hospice des Incurables.

L'hémianesthésie, de cause cérébrale, est aujourd'hui entrée dans le domaine courant de la science. C'est surtout grâce aux travaux de l'école de la Salpêtrière que l'on connaît nettement le substratum anatomique de cet ensemble clinique que l'on désigne sous le nom d'hémianesthésie sensitivo-sensorielle.

Borsieri et Andral avaient bien attiré l'attention sur la perte permanente de la sensibilité du côté que l'hémiplégie était venue frapper. Türck, de Vienne, avait même signalé la lésion d'où relevait cet ensemble symptomatique ; mais, en France, ce fut M. Charcot qui exposa les faits avec le plus de clarté, qui les vulgarisa et en montra toute l'importance tant au point de vue physiologique qu'au point de vue clinique. Depuis cet auteur, nombre de travaux sont venus jeter la lumière sur la question, et il suffit de citer les noms de Lépine (1), de Rendu (2), de Magnan (3), de Veysière, de Ballet, etc., pour faire voir qu'il reste peu de chose à dire sur le sujet qui nous occupe.

Aussi, si nous mettons l'observation qui va suivre sous les yeux du lecteur, est-ce surtout à cause des phénomènes moteurs qui ont accompagné les troubles sensitifs.

L'hémichorée symptomatique, dans les lésions cérébrales, qu'elle accompagne l'hémianesthésie ou qu'elle existe seule, est également assez bien connue. Depuis le travail de M. S. Mitchell (4) et les leçons de M. Charcot, on sépare nettement de la chorée vulgaire, névropathique, l'hémichorée d'origine cérébrale, l'hémichorée symptomatique. Que faut-il entendre par ces mots : chorée symptomatique? Nous ne pouvons mieux répondre qu'en rappelant la description que nous en avons donnée, d'après M. Charcot :

« Il faut entendre par hémichorée post-hémorrhagique ou « post-hémiplégique des mouvements se montrant dans les « membres supérieurs et dans les membres inférieurs du côté « qui est déjà depuis quelque temps le siége de l'hémiplégie « ou qui le sera bientôt, mouvements analogues à ceux de la « chorée ordinaire, en ce sens qu'ils sont, comme ceux-ci, in- « volontaires, qu'ils s'exagèrent pendant les mouvements in-

(1) Th. de Paris.
(2) Th. de Paris.
(3) ARCH. DE PHYSIOL., 1874.
(4) THE AMERICAN JOURNAL OF THE MED. SCIENCES, oct. 1874.

FEUILLETON

FEUILLES VOLANTES

Juin-juillet.

Petit discours sur la méthode à suivre par les chercheurs de microbes. — M. Fauvel et l'épidémie cholérique de Toulon. — La fête du 14 Juillet et les vœux des hygiénistes. — M. Koch et le bacille en virgule. — M. Pasteur et son apologiste. — Un émule masculin de Sarah Bernhardt. — La prophylaxie relative de M. Bert. — L'Italie réclame un Codex. — La France eu a trop d'éditions. — Morts et retraites. — Utilité des médecins auristes pour la propagation de la surdité.

Les chercheurs de microbes rendraient un grand service à la science et à eux-mêmes si, avant de publier sous forme de conclusions hâtives les résultats de leurs découvertes, ils les passaient au crible d'un critérium qui me paraît indispensable.

Lorsqu'ils ont trouvé chez un malade un microbe spécial qu'ils sont portés à rendre responsable de la maladie, ils ne devraient jamais établir une relation absolue de cause à effet entre le microbe et la maladie s'ils n'avaient préalablement répondu aux trois questions suivantes :

1o Le microbe existe-t-il chez tous les sujets en proie à la même maladie ?

2o Ce microbe n'existe-t-il que chez les sujets en proie à cette maladie ?

3o Ce microbe est-il chez le malade antérieur ou postérieur au développement de la maladie ? En a-t il marqué le début ? Est-il la cause du mal ou n'en est-il que la conséquence ?

Après avoir donné à ces questions, posées par tout esprit sceptique ou seulement scientifique, une solution sérieuse, tout découvreur de microbes aura fait œuvre de science et nous n'hésiterons pas à le proclamer grand homme, même avant qu'il soit arrivé à signaler à l'humanité craintive et souffrante le mode de pénétration du proto-organisme dans notre corps.

Et cependant je n'entre pas dans les détails de la technique microscopique. Je ne me demande pas si l'organisme figuré que

« tentionnels et qu'ils sont continus, excepté pendant le sommeil. »

La malade, dont nous allons donner l'observation, rentre évidemment par plusieurs points dans le cadre nosologique que limite cette description. Néanmoins, comme elle s'en éloigne par plusieurs côtés, nous avons cru utile d'en raconter l'histoire pour montrer combien peuvent être variables dans leur intensité les mouvements choréiques ou plutôt choréiformes qui ressortissent aux lésions cérébrales.

Observation. — Il s'agit d'une femme, Marie Leconte, âgée aujourd'hui de 59 ans. Cette malade est entrée à l'hospice d'Ivry depuis quatre ans déjà.

Dans ses antécédents héréditaires, on ne relève rien de spécial. Comme antécédents personnels, il faut surtout noter une grande susceptibilité nerveuse. Cette femme a dans sa jeunesse présenté des phénomènes qui semblent nettement de nature hystérique : sensation de boule, anurie, etc. Elle n'a pas eu à cette époque d'attaques convulsives, ni de paralysies.

Le début de son affection actuelle remonte à avril 1878. La malade eut à cette époque un zona intercostal droit qui la fit beaucoup souffrir. Peu de temps après, elle s'aperçut que son bras droit faiblissait, qu'elle ne sentait plus de ce côté que fort incomplètement. Ces troubles de la motilité et de la sensibilité allèrent graduellement croissant. En 1879, la malade pouvait à peine se servir de son bras droit.

Elle eut, dans le courant de 1879, deux attaques sur la nature desquelles on ne peut malheureusement obtenir que des renseignements bien incomplets. Il paraît cependant certain que ces attaques n'entraînaient pas de perte de connaissance; elles s'accompagnaient d'un léger embarras de la parole et laissaient à leur suite une aggravation des phénomènes d'hémiplégie.

Depuis lors, la malade dit n'avoir présenté aucune attaque analogue. A mesure que la maladie a progressé, les manifestations hémiplégiques ont subi une sorte de dissociation. Les troubles de la motilité ont graduellement diminué; la force du bras est en grande partie revenue. L'hémianesthésie, au contraire, a sans cesse augmenté; elle a envahi non seulement le bras, mais tout le côté droit du corps.

Avec le retour des mouvements apparaissait un autre phénomène dont la malade fut, pour la première fois, témoin conscient en 1880. Ce furent d'abord de légers tremblements, survenant à l'occasion des mouvements volontaires. Ces tremblements étaient à l'origine exclusivement limités au poignet et à la main.

Pendant deux ans, ces tremblements ne paraissent pas avoir subi de modification importante. Mais en 1883 ils ont pris un caractère tout spécial. Dans le courant de juin, la malade en se réveillant ressentit un matin « comme un coup de poing sur la tête»; elle fut prise aussitôt de palpitations violentes. En même temps tout le bras droit, d'abord agité d'oscillations régulières, se fléchissait graduellement et se plaçait derrière le dos. Les doigts étaient violemment fermés, le poignet fléchi sur l'avant-bras; l'avant-bras était lui-même légèrement fléchi sur le bras. Cet état dura dix minutes. On essaya à plusieurs reprises de ramener le bras à sa position normale; mais sitôt qu'on l'abandonnait à lui-même il se fléchissait de nouveau.

Depuis lors, ces phénomènes se sont souvent reproduits. Ils surviennent surtout quand la malade est fatiguée et lorsqu'elle est émue. Leur fréquence et leur intensité sont allées du reste sans cesse en augmentant.

L'état de la malade (juillet 1884) est aujourd'hui le suivant : les mouvements sont presque entièrement revenus; il n'existe plus qu'une parésie très légère du bras droit; la pression de la main est de ce côté moins forte que du côté opposé.

L'hémianesthésie droite est aujourd'hui totale. La malade ne sent pas les piqûres même assez profondes; elle n'éprouve non plus aucune impression au contact de corps froids.

Cette hémianesthésie dépasse assez notablement la ligne médiane, surtout à la face. Le nez, les lèvres, la langue, sont entièrement insensibles et ne sont pas seulement atteints dans leur moitié droite.

Les fonctions sensorielles sont également touchées. Du côté droit, la vue est trouble; perte du sens des couleurs, l'oreille dure. L'odorat est entièrement aboli des deux côtés. La diminution du goût s'observe également aussi bien à gauche qu'à droite.

A première vue, la malade semble très peu gênée par ces divers symptômes. Elle s'est depuis longtemps « habituée à perdre son côté droit dans son lit ». Elle peut marcher, elle peut manger, se couche et exécute avec facilité tous les petits mouvements volontaires.

Mais qu'on lui fasse faire un grand mouvement, immédiatement la scène change. La figure exprime une sensation d'angoisse; presque aussitôt le bras est agité de vives oscillations; il se porte violemment en arrière et se place derrière le dos. Tous les muscles fléchisseurs des doigts du poignet de l'avant-bras sont contracturés.

Depuis un mois, le membre inférieur, qui jusque-là n'avait présenté aucun trouble de ce genre, participe aux mouvements pendant l'attaque. La jambe se fléchit à demi sur la cuisse; le pied droit se porte en arrière et en dedans; le dos du pied s'accole étroitement contre la partie postérieure de la jambe gauche; aussi,

---

l'on accuse de produire telle ou telle affection ne doit pas sa mise en lumière aux procédés minutieux de recherches, aux réactifs auxquels les substances incriminées ont été soumises. Je ne suis pas non plus de ceux qui réclament qu'en mettant sous nos yeux le coupable, on nous dise en même temps de quelle manière on va s'en débarrasser. Les thérapeutes auront leur rôle à jouer quand les physiologistes et les anatomistes auront dignement rempli le leur.

*
* *

Voici le choléra qui nous envahit. Toulon est déjà presque décimé; Marseille suit ce mauvais exemple.

Les chercheurs de microbes s'exercent et réussissent à trouver des bacilles plus ou moins disposés en virgule (1), mais le fléau n'en progresse pas moins, malgré M. Fauvel. En vain le grand maître des épidémies de France a-t-il essayé de dire au choléra de Toulon : « Tu n'iras pas plus loin! » le fléau s'obstine et montre à M. Fauvel que si l'inspecteur des services sanitaires donne des ordres aux épidémiologistes de France, il ne commande pas aux épidémies. Mais M. Fauvel s'obstine aussi; ayant fait des premiers cas cholériques de Toulon des cas de choléra sporadique, il persiste à nier la lumière devant le fléau qui devient soleil. A ce point que l'on a pu dire que, dans cette affaire, il n'y avait de sporadique que l'opinion de M. Fauvel.

Il est vrai que dans sa lettre à l'Académie de médecine, l'inspecteur général des services sanitaires s'est montré moins absolu. Il n'affirme plus que l'épidémie de Toulon n'est qu'un choléra nostras, il se résigne à dire que cette épidémie se conduira *à la manière d'une épidémie de choléra nostras*. Vainement Marseille est atteint; M. Fauvel n'y voit là que des cas de fantaisie. Le

(1) En France, l'esprit ne perd jamais ses droits, même dans les circonstances les plus graves. Et cependant ce n'est pas sans quelque stupéfaction que l'on a pu lire dans un article d'un professeur de la Faculté de Paris, et non des plus joviaux, la phrase suivante (Revue scientifique du 19 juillet : « Mais quel est le microbe? M. Koch a parlé récemment d'une virgule. Cela est possible; cependant, par prudence, il vaut mieux s'en tenir, pour le moment, au point d'interrogation.... »

si la malade est debout, la voit-on perdre l'équilibre et saisir, pour ne pas tomber, tous les points d'appui qui l'entourent.

Si en n'intervient pas, cette contracture du membre supérieur et celle du membre inférieur persistent pendant environ cinq minutes. La malade reste dans la position que nous avons décrite. Elle ne souffre pas et ne se plaint que de ses palpitations.

Pendant les premières secondes, il est fort difficile de triompher de la résistance des muscles et de ramener les membres en avant Mais peu à peu cette résistance diminue; bientôt la malade peut elle-même, en se servant de son bras gauche, détruire la position prise par le bras et la jambe droite.

Mais le bras et la jambe gardent quelques instants encore une sorte d'hyperesthésie, et il suffit du plus léger mouvement pour faire reparaître les contractures.

Tels sont les principaux phénomènes accusés par notre malade.

Pour compléter son histoire clinique, il nous suffira d'ajouter qu'elle est actuellement atteinte de tuberculose.

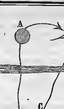
On trouve aux deux sommets des craquements humides.

L'interrogatoire de la malade montre que ces manifestations pulmonaires ont été postérieures aux accidents cérébraux.

Cette tuberculose est jusqu'à présent bien tolérée. L'appétit de la malade est bon et elle ne présente aucun phénomène de cachexie.

L'intelligence est et a toujours été parfaitement conservée.

Il est difficile, après la lecture de cette observation, de faire rentrer la malade qui en fait le sujet, dans le cadre des hémichoréiques symptomatiques vulgaires. En effet, les mouvements qu'elle présente actuellement ne peuvent être comparés aux mouvements de la chorée ordinaire : ils ne sont pas involontaires ; jamais le bras de la malade ne s'agite à propos de rien : il faut pour cela qu'une excitation périphérique, volontaire ou sensitive, prenne l'initiative. Les mouvements que nous avons observés ne sont pas continus ; bien plus, lorsque l'excitation périphérique est légère, ils ne se produisent pas. Nous l'avons vu, la malade peut exécuter de petits mouvements; elle peut coudre. Comment alors expliquer cette exagération dans les mouvements choréiformes, exagération allant presque jusqu'à simuler l'épilepsie jacksonienne? Pour nous en rendre compte, supposons qu'une lésion x soit venue interrompre le trajet des fibres sensitives AD et des fibres motrices CB en un point de la capsule interne, siége habituel des hémorrhagies cérébrales. Ce sera, d'après les données anatomiques, dans le tiers moyen de cette capsule, lien de



rencontre des fibres motrices et des fibres sensitives. Cette hypothèse explique, à notre avis, suffisamment les symptômes observés. Les fibres motrices, les fibres sensitives sont intéressées, d'où hémianesthésie et hémiplégie. Considérons maintenant que nous avons, en ce point, un foyer permanent d'irritation qui, par l'intermédiaire des fibres centripètes, va réagir sur la cellule sensitive A et en modifier l'activité fonctionnelle. Cette cellule va être dans un état de tonus permanent; elle va répondre d'une façon exagérée aux excitations centripètes qui vont lui arriver ; et, par un réflexe bien connu, elle va influencer l'activité fonctionnelle de la cellule motrice B et lui communiquer une excitation qui ne sera nullement en rapport avec celle qu'elle aura reçue elle-même. Nous pouvons supposer qu'il y a là une sorte de déséquilibration, nous allions dire de folie, de la cellule A qui communique à la cellule B des ordres en désaccord complet avec ceux qui lui ont été transmis. Dès lors, supposons que l'excitation portée en A soit légère; que la cellule soit assez peu malade pour ne s'influencer que médiocrement, et nous aurons le premier état que l'on observe chez les hémiplégiques, le tremblement ; que l'excitation soit plus intense, que la cellule A réagisse plus fortement, qu'elle transmette ses réactions sans régularité, sans égalité à la cellule B, nous aurons déjà quelque chose de plus: la chorée post-hémiplégique, et c'est ce qui est arrivé chez notre malade au début. Faisons encore un pas de plus ; supposons que le mal continue à progresser comme chez la femme L...., et alors nous observerons l'exagération des mouvements choréiques. La cellule B, surexcitée d'une façon anormale par la cellule A, qui elle-même aura reçu des excitations déjà modifiées par les fibres centripètes lésées, ne pourra plus transmettre aux muscles que des mouvements désordonnés et nous toucherons alors presque, comme c'est le cas ici, à l'épilepsie jacksonienne.

Telle est l'observation que nous voulions exposer. Elle montre, qu'à la suite des lésions cérébrales, même lorsque la zone

---

choléra n'a pas reçu de lui son passeport. C'est un choléra qui circule sous un faux nom.

Tel est aussi notre avis, quand on n'incrimine que le choléra nostras.

***

Mais c'est de Paris que M. Fauvel donnait aux optimistes de si belles espérances. Le gouvernement ne pouvait qu'en être content. Désireux de satisfaire à cette sorte de fétichisme qui pousse à croire que la célébration de la fête du 14 Juillet est indispensable au maintien de la République, nos gouvernants ont été trop heureux de pouvoir laisser retomber à côté d'eux la responsabilité immense d'une fête dont la célébration était pour le moins attristante.

***

Eh quoi! n'eût-il pas été d'un plus beau patriotisme de suivre les conseils des sociétés spéciales qui, par le seul fait qu'on ne les avait pas consultées, avaient d'autant plus d'autorité en venant d'elles-mêmes donner des conseils de prudence? Mais à quoi donc pensait le ministre compétent en alléguant à ceux qui lui rappelaient ces vœux et ces conseils qu'on les avait donnés sans qu'on les eût sollicités?

Mais c'était là votre grand tort, monsieur le ministre, de n'avoir pas consulté les hygiénistes! Et que penser, quand ce même ministre ajoutait ces paroles d'une sérénité *admirable* :

« D'ailleurs la santé générale n'a jamais été meilleure à Paris ». — Raison de plus pour ne pas la gâter, aurait dit Calino. — Mais décidément : « *Quos vult perdere Jupiter dementat prius.* »

***

M. Robert Koch lui-même, qui du moins offre un bel exemple à la science en ne craignant pas d'affronter le danger, M. Robert Koch qui après être allé en Egypte et dans l'Inde s'est hâté de venir à Toulon et à Marseille, M. Koch, lui aussi, conseillait d'éviter les agglomérations d'hommes.

Mais ses instructions, si sages soient-elles et bien qu'elles aient été écoutées par une grande partie du public, ont été discutées et même combattues par M. Pasteur.

M. Pasteur qui, lui, s'était contenté d'envoyer ses élèves étu-

corticale est indemne, on peut observer tous les degrés, dans les trouble de la mobilité, depuis le simple tremblement jusqu'aux lésions complexes se rapprochant de l'épilepsie jacksonnienne.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Corps fibreux de l'utérus. — Hystérotomie abdominale. — Traitement extra-péritonéal du pédicule. — Guérison, par M. Paul Berthod, interne des hôpitaux.

Bang..., âgée de 42 ans, blanchisseuse, entrée le 16 janvier 1884 à l'hôpital de la Pitié, salle Gerdy, nº 2, service du docteur Polaillon.

Sa mère est morte, dit-elle, hydropique; on lui fit trois ponctions, et c'est à la suite de la troisième qu'elle est morte.

Elle-même est réglée depuis l'âge de 12 ans régulièrement. Il y a sept mois, l'écoulement menstruel a disparu brusquement, et depuis lors elle a des fleurs blanches.

En voulant porter un paquet de linge mouillé trop lourd, la malade nous raconte avoir ressenti une sorte de craquement dans le côté droit du ventre. La douleur fut tellement vive qu'elle se trouva mal et dut être transportée à l'hôpital Necker où elle resta trois semaines. Déjà, à ce moment, on constatait qu'elle avait dans le ventre une petite tumeur de la grosseur d'une noix. Quoi qu'il en soit, à sa sortie de l'hôpital, elle reprenait son travail.

Des douleurs lombaires violentes la ramènent à l'hôpital au commencement de novembre, dans le service du professeur Verneuil où le diagnostic porté est: tumeur fibrense. Elle en sort après trois semaines de séjour avec la recommandation de porter une ceinture.

Elle passe ensuite quelques jours à l'hôpital Laënnec où, en raison de la disparition de ses règles, on pensa à une grosseur extra-utérine.

16 janvier. — *Etat actuel.* — La malade paraît d'une bonne santé générale; le faciès est coloré, le système adipeux assez développé.

Les appareils digestif, respiratoire et circulatoire fonctionnent normalement.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine, sont de couleur et de densité normales.

A l'inspection de l'abdomen, on constate qu'il est légèrement développé.

On voit en outre autour de l'ombilic et au-dessous de la peau un réseau veineux assez apparent.

Le palper permet de sentir dans la fosse iliaque droite une tumeur arrondie très mobile, qu'on repousse par la pression jusque dans la fosse iliaque gauche, et qui paraît en rapport plutôt avec l'ovaire qu'avec l'utérus; mais cette tumeur n'est point fluctuante.

La vulve présente sa coloration normale; le col utérin est normal, conique, présentant un orifice extrêmement petit, ainsi qu'on s'en assure du reste avec l'examen au spéculum. Il est dur et de coloration rosée.

L'utérus est mobile, volumineux, et les culs-de-sac sont libres, mais à la partie postérieure le doigt, enfoncé profondément, sent une tumeur arrondie qui fait corps avec l'utérus et dont on constate encore mieux l'existence, grâce au toucher rectal et vaginal combiné.

Cette tumeur donne assez bien l'illusion d'une grossesse extra-utérine. Elle est située à gauche, laisse le rectum à sa droite sans le comprimer, pour peser probablement de toute sa masse sur les plexus nerveux à ce niveau et occasionner les douleurs et troubles nerveux (sensation de froid) dans les membres inférieurs dont se plaint constamment la malade.

Ces douleurs, auxquelles se joignent des tiraillements lombaires, sont assez accusées pour que la malade marche courbée. Cette seconde tumeur ne paraît pas se continuer avec celle qu'on perçoit par le palper abdominal.

En raison de ces divers symptômes, et en raison de la mobilité toute particulière de la tumeur, quoiqu'il n'y ait pas de fluctuation sensible, le diagnostic porté est, kyste de l'ovaire droit en voie d'évolution.

Quant à la tumeur postérieure, l'idée de grossesse extra-utérine est écartée, malgré la cessation de règles depuis sept mois et à cause des caractères présentés par le col de l'utérus. Il s'agit probablement d'un fibrôme.

La malade reste en observation; elle présente des douleurs persistantes dans l'hypochondre droit et dans les reins, irradiant jusque dans les cuisses.

Traitement. — Cataplasmes laudanisés, bains, injections vaginales de chloral au 1/100°.

3 mars. — Phénomènes de péritonitisme; vomissements qui cèdent après deux jours.

15 mars. — L'état général se trouve excellent. Le malade gagne même de l'embonpoint.

20 mars. — Bronchite légère qui cède bientôt à un traitement rationnel; l'opération est fixée pour le commencement d'avril.

La malade y est préparée par un régime approprié, purgatif,

---

dier le choléra, aurait été plus avisé de laisser en repos M. Koch et ses affirmations.

Mais ayant commencé d'attaquer, avec peu de succès d'ailleurs; M. Koch au congrès de Genève (ce qui n'a pas empêché, tant s'en faut, le bacille de la tuberculose de faire son chemin dans la science), M. Pasteur n'a pas su résister au plaisir de critiquer les conseils donnés par M. Koch.

Je ne prétends pas prendre parti entre eux; je raconte et j'apprécie.

***

Or M. Pasteur aurait été facilement excusé de garder le silence à propos du choléra, en un temps où tout le monde attend avec anxiété et impatience le résultat annoncé de ses études sur la rage.

Le gouvernement d'ailleurs ne lui ménage pas les facilités pour ses études. On lui vote des crédits de tous les côtés. On l'applaudit, on l'admire, on l'adule, on le comble.

***

Il n'est pas jusqu'aux membres de sa propre famille qui ne se fassent les agents de sa glorification, d'une apothéose anticipée.

Ce n'est aujourd'hui le secret de personne, sauf peut-être de Polichinelle, que le panégyrique paru, il y a quelques mois, sous ce titre : *Histoire d'un savant par un ignorant*, est sorti de la plume du gendre de M. Pasteur.

Notre génération avait déjà eu un exemple de cette déification avant l'heure, lorsque Victor Hugo avait laissé paraître son autobiographie par *un témoin de sa vie*. Mais Horace l'a dit :

« ....Pictoribus atque poetis
Quidlibet audendi semper fuit æqua potestas. »

Aux poètes et aux artistes beaucoup de choses sont permises qui ne sont pas si bien goûtées chez les hommes de science.

***

Quoi qu'il en soit, le livre de M. René Vallery Radot est des plus intéressants et fort bien écrit. Peut-être, et on ne saurait lui en faire un reproche, le jeune écrivain s'exagère-t-il l'importance des études de son beau-père, quand il nous dit de ce *grand chercheur* qu'il « a découvert tout un monde, le monde des

alimentation très légère, et est examinée une dernière fois le 30 mars.

Les phénomènes douloureux persistent avec plus d'intensité; aggravation expliquée par le développement des tumeurs, dont l'une, l'antérieure, est manifestement plus considérable; l'autre, postérieure, paraissant ne pas avoir subi de grandes modifications.

L'opération est pratiquée le 1er avril.

La malade, ayant subi au préalable une injection vaginale phéniquée et ayant les jambes entourées d'ouate, est transportée dans une chambre d'isolement obligeamment prêtée par le professeur Cornil et sonmise à la chloroformisation depuis 9 heures jusqu'à 10 heures 20 du matin.

Incision sur la ligne médiane, remontant jusqu'à l'omhilic, nécessitée par l'épaisseur assez considérable des parois abdominales.

L'abdomen ouvert, M. Polaillon va à la recherche de la tumeur dont le pédicule, situé profondément, est reconnu manifestement en rapport avec la corne droite de l'utérus.

Cette tumeur est amenée au dehors; elle a les dimensions d'une grosse orange, le pédicule en est assez mince (épaisseur, trois doigts environ).

Ce dernier est ensuite cerné par une double ligature en soie dont on marie les fils; mais il est tellement friable que son tissu se coupe sous l'action du fil et que l'utérus rentre dans l'abdomen, où il s'épanche du sang, et où il est nécessaire d'aller le reprendre.

L'utérus est alors fixé par deux fortes broches en fer entrecroisées; la tumeur enlevée, une forte ligature en soie est placée au-dessous des broches; puis la cavité péritonéale est soigneusement nettoyée et enfin la plaie abdominale est refermée au moyen de sutures profondes et superficielles.

Le pédicule est fixé à l'angle inférieur de la plaie et le péritoine est suturé ainsi que la plaie abdominale avec du fil d'argent.

Pansement phéniqué.

L'opération a duré 1 h. 20. Elle a été faite sous le spray.

Chloroformisation. — A été mal supportée par la malade qui, plusieurs fois, eut des efforts de vomissements.

Injection de morphine, 1 centigramme, hien supportée immédiatement après l'opération.

Alimentation. — Champagne frappé.

Température soir. — 37°8.

La malade a passé une journée assez mauvaise; douleurs abdominales, émission de gaz par l'anus.

Injection de morphine, 1 centigramme.

2. Matin. — Nuit assez mauvaise. — Faciès grippé. — Vomissements verts dans la matinée. — Douleurs abdominales persistantes.

Température matin, 38°.

Injection de morphine, 1 centigramme.

Soir. — Même état toute la journée.

Température soir, 38°,2; pouls, 84.

2 centigrammes de morphine en injections pendant la journée.

3. Matin. — Mêmes phénomènes; nuit assez mauvaise.

Température matin, 37°,8; pouls, 88.

Température soir, 38°,5.

0 gr.,035 morphine en injections dans la journée.

4. Pansement. — Etat général heaucoup meilleur, nuit bonne.

Température matin, 37°,1.

Température soir, 37°.

Morphine en injections sous-cutanées, 0 gr.,02.

5. Nuit honne.

Alimentation. — Bouillon, champagne et Todd.

Température matin, 37°2. — Soir, 37°,2.

Chlorhydrate de morphine, 0 gr.,01 le soir.

6. Température matin, 36°,5. — Soir, 37°02.

7. Pansement. — Enlevé trois sutures superficielles et deux profondes en haut.

Un demi-verre d'eau de sedlitz, trois selles en diarrhée dans la journée.

9 et 11. Pansements. — Ce dernier jour, on enlève toutes les sutures superficielles et la hroche verticale.

13. On enlève le reste des sutures.

La cicatrisation est complète en haut; léger sphacèle autour du pédicule

Pansement à l'iodoforme.

15. La malade est reportée à la salle commune.

18. Pansement.

21. Pansement. — Etat général excellent.

24. Pansement.

28. Pansement.

30. La malade ne se lève point encore, mais remue dans son lit, s'assied, s'alimente avec grand appétit et peut être considérée comme absolument guérie.

La plaie abdominale est tout à fait cicatrisée, sauf au niveau de l'angle inférieur où le pédicule exerce une forte traction et présente une surface non cicatrisée, de la dimension d'une pièce de deux francs environ.

La malade reconnaît que les douleurs ont presque entièrement disparu.

19 mai. — Réapparition des règles.

A sa sortie pour le Vésinet, 10 juin, la malade peut être considérée comme tout à fait guérie. L'état général est excellent. L'utérus, qui était volumineux, est devenu petit, mobile, complètement indolore. La partie postérieure, signalée plus haut, a dimi-

---

infiniment petits. » (p. x.) Mais n'est-il pas excusable d'être aveuglé; sinon un peu aveugle, celui qui contemple le *soleil* de si près?

***

Et quel temps fut jamais plus fertile en miracles (1)

que le temps où nous vivons!

Voyez M. Paul Bert. Il ne lui suffit plus d'inspirer et même de rédiger plusieurs journaux politiques de Paris. En même temps qu'il tient sa place ici et là, à la Sorbonne, à l'Institut, à la Chambre des députés et ailleurs, il vise à avoir des lecteurs en Allemagne. Sarah Bernhardt a donc enfin un émule dans notre sexe. M. Paul Bert collabore à un journal de Vienne. Et c'est la feuille autrichienne qui reçoit la primeur des idées et des projets qui doivent être présentés à l'acceptation de nos députés.

Ce sont les Viennois qui les premiers ont pu savourer le texte des propositions draconniennes que M. Paul Bert a rêvé d'imposer aux médecins et aux populations. Assurément, il est permis de trouver effrayants les ravages du choléra; il n'est pas défendu d'avoir peur de ce fléau. Mais cependant ne poussons pas les choses trop loin. Si nous avons un peu de panique, ne l'étalons pas; et surtout n'obligeons pas les membres d'une corporation, qui a droit à tous les respects, à devenir des agents actifs semant la terreur dans tout leur voisinage. Que ceux qui aspireraient à être ces délégués préfectoraux à pouvoirs discrétionnaires, ces dictateurs de la santé dont M. Bert réclame la création, tournent leur activité d'un autre côté.

Qu'ils nous aident à chercher la voie par laquelle le miasme cholérique se dissémine dans un pays, et ils rendront de bien plus grands services à l'humanité qu'en nous invitant ou plutôt en nous obligeant à imiter l'exemple de Gribouille qui, pour se garantir de la pluie, ne trouvait rien de mieux à faire que de se jeter dans l'eau, quand il suffisait de s'armer d'un parapluie. Que la gloire de l'inventeur des parapluies les excite! Qu'ils nous cherchent un préservatif analogue contre les atteintes du choléra.

***

(1) S'il vivait de nos jours, Racine n'écrirait-il pas :

Et quel temps fut jamais plus fertile en microbes ?

nué de volume ; elle est grosse comme un marron et se sent dans le ligament large droit.

La tumeur enlevée était un myome sous-péritonéal, à surface bosselée et irrégulière ; son tissu était friable. La tumeur surajoutée est probablement de même nature.

M. Polaillon a mentionné cette observation, dans la séance du 16 juillet de la Société de chirurgie, comme un exemple d'hystérectomie partielle avec régression de la tumeur restante et diminution du corps de l'utérus.

CHIMIE BIOLOGIQUE

Recherche du sulfocyanure de potassium dans la salive humaine, par le docteur Léonce Florain.

Depuis que Treviranns a découvert des traces de sulfocyanure de potassium dans la salive, beaucoup de physiologistes, Longet, Eberle, Sertoli, Schiff, etc., ont recherché la présence de ce sel ; admise par les uns, niée par les autres, elle est encore l'objet de nombreuses contestations.

Dans le but d'élucider cette question, j'ai entrepris diverses expériences desquelles il résulte que le sulfocyanure de potassium est un élément constant de la salive normale.

Mes recherches ont porté sur des sujets très différents, les salives ont été recueillies avant, pendant et après le repas ; l'usage du tabac, le mauvais état des dents, l'âge et le sexe n'ont aucune influence appréciable.

Voici le résultat de ces expériences :

1° Salive recueillie avant le repas sur un fumeur dont les dents sont en très mauvais état :

Cette salive est épaisse, très filante et légèrement alcaline.

Une petite quantité mise dans un tube à analyse prend une coloration rose assez intense par l'addition de quelques gouttes de perchlorure de fer.

Le reste de la salive additionné d'alcool à 90° est filtré et évaporé au bain-marie jusqu'à consistance sirupeuse; traité par le perchlorure de fer, il se produit une coloration rouge intense.

2° Salive recueillie pendant le repas sur la même personne : La coloration obtenue est la même qu'avant le repas.

3° Salive recueillie une heure après le repas :

Elle est plus claire, moins sirupeuse et très légèrement acide (un peu de pyrosis).

L'acidité de la salive semble coïncider avec une légère diminution de la coloration obtenue avec le réactif.

4° Salive recueillie quatre heures après le repas et après l'ingestion d'une infusion de 10 grammes de jaborandi dans 150 grammes d'eau :

Un peu d'agitation, transpiration peu abondante ; la salive est analysée comme précédemment et le perchlorure de fer donne une réaction analogue.

Des expériences semblables ont été faites sur une femme de quarante-cinq ans qui n'a jamais fait usage de tabac, et les résultats ont été de tons points identiques.

La réaction a été attribuée à la présence des acétates; cependant la distillation de la salive n'a jamais donné d'acide acétique et, d'un autre côté, son acidité semble détruire en partie le sulfocyanure de potassium.

Dans toutes ces expériences, la quantité de salive recueillie était très faible ; aussi, pour opérer sur de plus grandes quantités, j'ai fait de nouvelles recherches à l'école laïque.

Pendant huit jours, une centaine d'enfants des deux sexes, âgés de 6 à 14 ans, crachaient dans des verres préalablement bien lavés ; à la fin de la journée, toutes ces salives étaient analysées et donnaient la réaction caractéristique; elles étaient ensuite réunies et additionnées d'alcool à 90°. J'ai pu recueillir ainsi 5 litres de salive qui, après filtration, a été évaporée à siccité au bain-marie ; le résidu traité par l'alcool et filtré a été évaporé de nouveau et dissous dans 30 grammes d'eau distillée.

Le perchlorure de fer donne avec ce liquide une coloration rouge aussi intense que celle que l'on obtient avec une solution faible de sulfocyanure de potassium.

L'addition d'acide sulfurique pur rougit d'abord le liquide, puis précipite le soufre et fait disparaître enfin la coloration dans l'une et l'autre liqueur.

Les sels de cuivre donnent un précipité de sulfocyanates.

L'analyse qualitative met donc hors de doute la présence du sulfocyanure de potassium. Quoiqu'il m'ait été impossible de faire l'analyse quantitative, on voit par comparaison que la salive en renferme une quantité notable ; l'acidité et l'état de maladie semblent l'affaiblir.

Oh ! cette réglementation à outrance qui perd la France et qu'aucun autre pays, quoi qu'on en ait dit, ne nous envie !

Et cependant ! Voici qu'en Italie on ressent le besoin de réglementer l'exercice de la pharmacie. Dès 1861, une commission avait été nommée pour rédiger un Codex à l'usage des Italiens. Le travail fut accompli, présenté et discuté au Sénat, mais il n'a jamais été présenté devant la Chambre des députés. Aussi le professeur Levi demandait-il récemment à la Société *medico-fisica* de Florence d'émettre un vœu destiné à obtenir que l'on rédigeât une pharmacopée générale, obligatoire pour tout le royaume d'Italie. Et nous sommes loin d'en méconnaître l'utilité.

***

En France, nous sommes plus heureux sans nous en douter :

O fortunatos nimium sua si bona norint
Gallicolas !. . . . .

Nous avons même trop de bonheur. Car non seulement nous possédons un Codex, mais même on nous le change sans qu'on nous dise gare ! Et cependant le nouveau Codex est de par la loi obligatoire dès le jour fixé. Si les modifications apportées à chaque nouvelle édition ne consistaient qu'à remplacer par exemple dans le laudanum de Sydenham le vin de Malaga par le vin de Rivesaltes ou de Grenache, cela ne tirerait guère à conséquence. On ne pourrait qu'applaudir au patriotisme de la commission du Codex. Mais lorsque l'on fait des changements d'un autre genre, qui à beaucoup de nos confrères sembleraient presque destinés à favoriser l'écoulement d'un livre que l'on a tort de mettre en vente, nous nous récrions, et, sous forme de vœu, nous nous permettons un conseil à l'autorité compétente, non seulement dans l'intérêt des pharmaciens, des médecins et des vétérinaires, mais aussi dans l'intérêt des malades qui les premiers risquent de subir les funestes effets de notre ignorance des changements édictés parfois sans rime ni raison.

Pourquoi le gouvernement n'obligerait-il pas la commission du Codex, en augmentant au besoin le traitement de chacun de ses membres, à résumer en une feuille les modifications apportées à la dernière édition du Codex ? Cette feuille serait adressée gratuitement à tous les médecins et pharmaciens et l'on pourrait ainsi la faire intercaler dans l'édition précédente du Codex sous forme

Quel est son rôle dans l'organisme? Etant donné les propriétés éminemment toxiques de ce sel, il est actuellement impossible de se prononcer.

Je me propose de rechercher si on ne le rencontre pas dans d'autres sécrétions telles que la sueur, les larmes, l'urine, etc. On comprendrait ainsi comment, existant normalement dans la salive, il est éliminé de l'économie.

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

Épidémie d'ergotisme, par Meuche (1).

Meuche a observé une épidémie d'ergotisme ayant porté sur 15 villages, et représentant environ 500 cas. La première manifestation morbide consistait, le plus souvent, dans des fourmillements des extrémités, se généralisant plus tard à tout le corps. L'auteur énumère tous les phénomènes pathologiques que présentaient les malades, soit du côté des systèmes nerveux et musculaire, soit du côté de la peau, des ongles, des cheveux.

Dans les cas graves, la menstruation avait complétement cessé, pour ne se montrer de nouveau qu'après la guérison; dans les cas plus légers, il existait souvent de la dysménorrhée. Il ne s'est produit, pendant l'épidémie, aucun cas d'avortement, quoique beaucoup de femmes enceintes aient subi les atteintes de l'intoxication.

De la stérilité causée par les anomalies de la sécrétion vaginale, par Jung (2).

Jung cite le cas d'une femme stérile mariée depuis quatorze ans, et qui avait été traitée en vain par les cautérisations et l'incision bilatérale du col. L'examen microscopique avait montré dans le mucus cervical, quatre heures après le coït, de nombreux spermatozoïdes privés de mouvement, tandis qu'ils étaient parfaitement mobiles au moment de l'émission. Les injections astringentes et les bains de siège furent conseillés, et la fécondation eut lieu au bout de trois mois.

Leçons cliniques sur les maladies des femmes, par Matthews Duncan (1). — Londres, 1883.

Plusieurs chapitres contiennent des faits intéressants. Nous signalerons, en particulier, celui relatif à l'ascite et à ses diverses causes. Celui où il traite des déviations utérines, qui n'amènent de troubles morbides que par les complications qui les accompagnent, telles que l'inflammation de l'utérus ou de ses annexes.

Il a pu constater, des milliers de fois, que la santé des femmes est des plus florissantes, malgré un utérus anté ou rétrofléchi.

Recherches cliniques sur les rapports de l'ovaire pendant la menstruation, par Meyer (2).

Meyer a constaté cliniquement, chez plusieurs femmes, l'augmentation de volume de l'ovaire pendant la menstruation. Souvent la glande, qu'on ne pouvait plus reconnaître par le palper et le toucher dans l'époque intermenstruelle, redevenait accessible au moment des règles. C'est du deuxième au quatrième jour après le début de l'écoulement sanguin, que les modifications sont ordinairement les plus appréciables.

Hermaphrodite marié, par Dohrn (3).

Dohrn cite le cas d'un sujet de trente et un ans, marié comme fille depuis six ans, et qui, depuis son mariage seulement, présentait un écoulement de sang irrégulier par les organes génitaux. Malgré son aspect féminin, on constata la présence des testicules dans les grandes lèvres et l'absence d'organes génitaux internes femelles; le sujet fut considéré comme un hypospade.

L'écoulement sanguin provenait de végétations polypeuses

(1) *Die Ergotismusepidemie in Obertressen seit Herbst*, 1879, par Meuche. Deutsch. Archiv. f. Klin. medic., Bd 33, et Centralbl. f. Gyn., 1884, p. 12.

(2) *Ueber Unfruchtbarkeit der Frauen bedingt durch Anomalien der Vaginalsekretes*, par Jung. Wien. med. Presse, 1883, et Centralbl. f. Gyn., 1884, n° 1.

(1) Analysé dans Centralbl. f. Gyn., 1884.

(2) *Klinische Untersuchungen über das Verhalten den Ovarien wæhrend der Menstruation*, par Meyer (Dorpat). Arch. f. Gyn., Bd 22, et Centralbl. f. Gyn., 1884.

(3) *Ein verheiratheter Zwitter*, par Dohrn. Arch. f. Gyn., Bd 22, et Centralbl. f. Gyn., 1884.

« d'errata »; l'on serait dispensé du même coup d'être à la merci de la commission du Codex. Le libraire concessionnaire y trouverait peut-être moins de bénéfice, mais le public en tirerait profit. Et ce serait justice.

***

En terminant notre revue, donnons un dernier adieu à ceux qui sont partis. A Bouisson, ancien doyen de la Faculté de Montpellier, ancien député, un lettré qui était en même temps un adroit opérateur et qui a fait de la très bonne chirurgie réparatrice; à ce professeur de chimie, jeune encore, à Ritter dont la mort appauvrit la Faculté de Nancy.

Mais n'oublions pas d'envoyer aussi nos regrets au professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de Paris, à Gosselin qui vient de prendre sa retraite. Homme pratique par-dessus tout, esprit juste, sans grandes visées, mais d'un coup d'œil sûr, Gosselin a formé d'excellents élèves, en faisant de la chirurgie excellente. Ses leçons ne seront pas heureusement perdues. Par ses disciples devenus des maîtres, par ses livres qui sont dans toutes les mains, il rendra encore aux générations nouvelles les mêmes services qu'aux générations qui l'avaient vu à l'œuvre et qui lui envoient aujourd'hui le témoignage de leurs regrets en même temps que celui de leur reconnaissance.

***

Mais je veux clore par une note gaie ces pages funèbres.

Cette note, je l'emprunte à une brochure récente sur la surdité (1). Dans une citation que l'on fait d'un passage du *Traité des maladies de l'oreille*, de Trœltsch, je trouve :

« Le nombre d'individus atteints de maladies de l'oreille est très considérable, et il le sera bien plus lorsqu'un plus grand nombre de médecins s'occupera de l'étude de ces affections. »

Décidément, le proverbe a raison : on n'est trahi que par les siens.

Dr Peter-Paul Somans.

(1) *Rapport sur les causes de la surdi-mutité et les moyens d'en diminuer la fréquence* (demandé par une commission de conseillers municipaux de Paris pour remédier à cet état de choses), par le docteur Jacquemart, Broch. in-3, 1883, p. 4.

qui s'étaient développées autour du méat, à la suite des tentatives de coït.

Recherches anatomiques sur la vaginite kystique, par Hückel (1).

L'auteur donne le résultat des recherches histologiques qu'il a faites dans deux cas de ce genre. Il existait, dans les deux cas, un catarrhe vaginal très intense. Les kystes étaient revêtus d'un épithélium cubique, et communiquaient avec la surface de la muqueuse vaginale par un canal. On observait également, au voisinage des kystes, des productions glandulaires dans l'épaisseur de la muqueuse : d'où Hückel conclut que les kystes se sont développés aux dépens des glandes préexistantes. Ces résultats s'accordent avec les faits observés par Preuschen dans d'autres formes de kystes du vagin.

Superinvolution de l'utérus, par Simpson (2).

Simpson désigne ainsi, une sorte d'atrophie de l'utérus, s'accompagnant d'aménorrhée. Il l'a rencontrée chez des phthisiques, dans des cas de maladie d'Addison, ou chez des femmes atteintes d'inflammations circum-utérines et d'ovarites chroniques. Le plus souvent, à la suite d'un accouchement pendant lequel la parturiante avait perdu beaucoup de sang. Comme conséquence de cet état anatomique de l'utérus, on observe l'aménorrhée, soit subite, soit graduelle, la stérilité et l'anaphrodisie.

Le traitement doit consister d'abord à éloigner le plus possible les causes étiologiques ; ensuite à recourir aux excitations locales, telles que le cathétérisme ou la dilatation de l'utérus, l'application d'un pessaire galvanique.

Cas d'utérus double observé sur la femme vivante, par Henderson (3).

L'intérêt de cette observation résulte, surtout, de ce que la femme qui en fait le sujet a été observée pendant 17 années consécutives. Elle eût six grossesses normales. L'écoulement menstruel ayant commencé à 16 ans, se montrait régulièrement toutes les trois semaines, et durait huit jours. Pendant la première grossesse, les règles furent plus abondantes qu'à l'ordinaire. Pendant la seconde, on constata un léger écoulement sanguin presque constant, qui augmentait sous l'influence du moindre effort. Au commencement de la troisième gestation, les époques continuèrent à paraître aux trois premiers mois. Les quatrième, cinquième et sixième grossesses ne présentèrent rien d'anormal. Cette femme nourrit tous ses enfants, et pendant l'allaitement la menstruation cessait.

L'auteur se demande si, dans les très rares cas où l'écoulement menstruel persiste pendant la grossesse, on n'a pas affaire à des sujets porteurs d'utérus doubles.

Etat rudimentaire des organes génitaux de la femme, par Dyhrenfurth (4).

L'auteur publie, sous ce titre, une curieuse observation d'absence du vagin avec utérus fœtal, chez une jeune fille de 22 ans, bien conformée du reste. La menstruation, établie à 16 ans, se montrait régulièrement et sans douleur, le sang s'écoulant par l'orifice uréthral. On fit la dilatation de l'urèthre et le toucher combiné par la vessie et le rectum, sans qu'il fût possible de constater aucune communication entre le réservoir urinaire ou son conduit et les organes génitaux internes.

Dr de Sinéty.

(1) *Anatomische Untersuchungen über Colpohyperplasia cystica*, par Hückel (Genf.) Virchow's Archiv. Bd XCIII, et Centralbl. f. Gyn., 1884.

(2) *Superinvolution des Uterus*, par A.-R. Simpson.

(3) *Ein Fall Uterus duplex an der Lebenden*, par Francis Henderson (Glasgow med. Journ., 1883, et Centralbl. f. Gyn., 1884.

(4) *Ein Fall von rudimentærer Bildung der weiblichen Genitalien*, par Dyhrenfurth. Centralbl. f. Gyn., 1884, n° 25.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE.

Des eaux potables en temps d'épidémie.

Les médecins et les hygiénistes sont tous d'accord pour reconnaître l'influence énorme que joue l'eau en boisson dans la production du choléra.

Dans son instruction sur l'hygiène à suivre en temps d'épidémie, que vient de rédiger le comité consultatif d'hygiène, sur le rapport de M. Proust, il est dit en propres termes : « L'usage d'une eau de mauvaise qualité est une des causes les plus communes du choléra. L'eau de puits, de rivières, des petits cours d'eau, est souvent souillée par les infiltrations du sol, des latrines, des égouts, par les résidus des fabriques. Quand on n'est pas sûr de la bonne qualité de l'eau servant aux boissons ou à la cuisine, il est prudent d'en faire bouillir chaque jour plusieurs litres pour la consommation du lendemain, l'ébullition donnant une sécurité.... *Les Eaux minérales naturelles dites* « Eaux de table » rendent, dans ces cas, de grands services. »

Le médecin allemand Koch, en quittant Toulon où il est venu observer le choléra, qu'il a déjà étudié dans l'Inde et en Egypte, a écrit dans le mémoire qu'il a remis à la municipalité toulonnaise: « On évitera l'emploi d'une eau douteuse et de celle qui provient soit d'un puits de petite profondeur, soit d'un marais, soit d'un étang ou d'un ruisseau recevant des eaux viciées. »

De son côté, le professeur agrégé Lereboullet, dans une instruction populaire qu'il vient de publier dans le numéro du 10 juillet de la Gazette hebdomadaire, consacre un alinéa spécial aux eaux et dit : « Ne faire usage que d'une eau parfaitement pure ; *préférer les eaux minérales naturelles*, et *non falsifiées*, aux eaux de puits ou de sources dont on n'est jamais sûr, si l'on n'a pas le soin préalable de les faire bouillir. »

Mais nous savons tous combien les eaux bouillies sont peu agréables à boire et nous savons aussi combien le professeur Bouchardat est dans le vrai lorsque, dans son magistral *Traité d'hygiène*, il dit que « les eaux simplement filtrées sont encore bien impures et que la filtration est impuissante pour en séparer les ferments ».

Certaines personnes font des *eaux artificielles* un usage qui n'est pas sans danger, ainsi que le fait si judicieusement remarquer aussi le même professeur, car, étant souvent fabriquées avec de l'eau de puits ou de rivière, la plupart du temps non filtrée, elles offrent par conséquent tous les inconvénients justement reprochés à ces eaux.

De ce qui précède, il ressort nettement que, pour la cuisine, il faut faire usage d'eau filtrée et bouillie, mais que l'hygiène la plus élémentaire conseille de s'abstenir de cette eau en boisson, et que *les meilleures eaux que l'on puisse boire sont les eaux minérales naturelles, dites* « Eaux de table ». Parmi celles-ci, la première qui se présente à l'esprit est naturellement l'*Eau de Saint-Galmier (source Badoit)* dont tous les médecins font un usage personnel journalier. L'éloge de la *source Badoit* n'est plus à faire. D'un goût très agréable et très frais, cette eau, absolument pure et limpide, légèrement alcaline bicarbonatée, très riche en acide carbonique qui s'y trouve naturellement à l'état de dissolution

aqueuse, est franchement apéritive, réveille les estomacs et les intestins paresseux, active leurs sécrétions, régularise leurs fonctions en même temps qu'elle accroît leurs contractions péristaltiques; ce qui la rend indispensable à toutes les personnes atteintes de gastralgie, de dyspepsie, dont les digestions sont lentes, pénibles, irrégulières, et qui sont sujettes à la constipation.

D THIBAULT.

FORMULAIRE

MIXTURE A LA CHINOLINE CONTRE LES AFFECTIONS ULCÉREUSES DE LA BOUCHE.

(ROSSBACH).

Rec. Tartrate de chinoline	1 gr. 05	
Eau distillée	140 grammes.	
Alcool rectifié	20	—
Essence de menthe poivrée	0 gr. 05	

M. s. a. — Étendre une cuillerée de cette mixture dans cinq à huit fois son volume d'eau; on fera servir le mélange à des lavages de la bouche.

En diluant davantage, en mettant par exemple une cuillerée à thé dans un demi-verre d'eau, on obtient une eau à la fois d'un goût très agréable et très hygiénique pour les soins de la bouche.

E. R.

NOTES & INFORMATIONS

CHOLÉRA. — A la date du 25 juillet, aucun cas de choléra ne se trouvait en traitement dans les hôpitaux de Paris.

— MARSEILLE. — Nous continuons de transcrire, d'après le bulletin officiel de l'état civil de Marseille, le relevé du chiffre des décès pendant le dernier septenaire :

Du		mortalité totale		Décès cholériques
17 au 18 juillet,		116		58
18 — 19	—	119	—	65
19 — 20	—	101	—	57
20 — 21	—	118	—	60
21 — 22	—	(?)	—	49
22 — 23	—	103	—	44
23 — 24	—	95	—	48

— TOULON. — Le nombre des décès cholériques relevés dans le courant du dernier septenaire a été de 222, ce qui fait une mortalité moyenne de 31 cas par jour. Les dernières nouvelles reçues de Toulon à la date du 25 juillet s'accordent à représenter l'épidémie comme étant en décroissance dans cette ville.

— Huit étudiants en médecine de Montpellier sont allés à Toulon, sur la demande de la municipalité de cette ville, pour soigner les cholériques. Ce sont MM. Rauzier, Eugène Estor, Louis Planchon, Ernest Bereno, Fauret, Coldecarrera, Clément et Bellier.

— ARLES. — Par contre, les nouvelles reçues d'Arles, atteint par le fléau dans le courant de cette semaine, sont mauvaises. Dans la nuit du 23 au 24 juillet, sept décès cholériques ont été constatés dans cette ville.

Dans la journée du 24, on signale 8 décès cholériques en ville et 4 dans la campagne environnante; trois religieuses garde-malades sont atteintes. Pour comble de malheur, la machine alimentant la ville en eau potable s'est dérangée par suite d'un accident, et la ville se trouve actuellement privée d'eau.

— NARBONNE. — Deux cas de choléra sont signalés à Narbonne, mais on a des raisons positives de croire qu'il ne s'agit point de cas de choléra asiatique.

— PRÉFECTURE DE POLICE. — La préfecture de police vient d'organiser une brigade de désinfecteurs composée de soixante hommes. Des voitures spéciales seront mises à leur disposition pour les transporter dans les locaux qui leur seront désignés par la préfecture avec les appareils et les produits nécessaires à la désinfection des logements contaminés.

— A la suite des résolutions adoptées par l'Académie de médecine dans sa séance du 15 juillet, M. le ministre du commerce vient d'adresser aux préfets la circulaire suivante :

« Paris, 21 juillet 1884.

« Monsieur le préfet,

« Les mesures appliquées ou proposées dans le but de prévenir l'extension de l'épidémie qui frappe Toulon et Marseille, et d'en atténuer les effets, présentent des divergences qui troublent profondément l'opinion publique.

« Les unes, qui m'ont été soumises par le Comité consultatif d'hygiène publique de France, ont reçu une pleine et entière approbation; mais d'autres, inspirées également par le souci de s'opposer à la marche de l'épidémie, ont été prises par diverses autorités administratives ou municipales, et l'utilité de quelques-unes de ces dernières a paru fort contestable.

« J'ai pensé qu'il était de l'intérêt de la santé publique de coordonner les diverses mesures de prophylaxie de manière qu'une vue d'ensemble préside à leur application : j'ai en conséquence soumis à l'Académie de médecine les moyens de préservation proposés tant par le Comité d'hygiène que par les autres autorités.

« Dans sa séance du 15 juillet, l'Académie a adopté les conclusions suivantes :

« 1° Les quarantaines terrestres, quelle que soit la forme sous laquelle on les établisse, sont impraticables en France ;

« 2° Les pratiques de désinfection imposées aux voyageurs et à leurs bagages dans les gares de chemins de fer sont inefficaces et illusoires;

« 3° Il y a lieu d'établir sur les lignes de chemin de fer, dans les grandes gares, des postes de surveillance médicale, pour donner des soins aux malades atteints par l'épidémie et les isoler des autres voyageurs;

« 4° Les mesures de préservation efficaces sont celles que chaque personne doit prendre pour elle-même et pour sa maison. Le devoir des municipalités est de veiller à ce que les prescriptions relatives à l'isolement des malades, à la désinfection des linges, vêtements, chambres, etc., soient rigoureusement accomplies et à ce que les précautions d'hygiène privée et générale soient exécutées dans toute leur rigueur.

« Les conclusions de l'Académie doivent vous servir de règle pour les mesures que vous auriez à adopter le cas échéant; elles vous indiquent aussi celles qu'il convient d'écarter comme ne présentant qu'une sécurité illusoire.

« Vous voudrez bien porter l'avis de l'Académie à la connaissance de vos administrés, et je ne doute pas que les municipalités ne s'inspirent des conclusions de cette compagnie savante pour les mesures de préservation que les circonstances pourraient les amener à prendre.

« Recevez, etc.

« *Le ministre du commerce,*

« CH. HÉRISSON. »

— A la date du 23 juillet, M. le ministre du commerce a adressé aux préfets une nouvelle circulaire dont voici la teneur :

« Paris, 23 juillet 1884.

« Monsieur le préfet,

« L'apparition de l'épidémie cholérique dans le midi de la France et les mesures que peut comporter cette situation ont dû appeler votre attention sur le mode de fonctionnement des divers organes et agents que les réglements mettent à votre disposition pour la sauvegarde de la santé publique.

« Les médecins des épidémies sont, vous le savez, tenus de se rendre, d'après vos ordres ou ceux du sous-préfet, sur tous les points où l'on signale l'existence d'une maladie épidémique ; ils sont chargés de s'entendre avec les médecins de la localité sur les mesures à prendre pour arrêter les progrès de la maladie.

« Il doit y avoir un médecin des épidémies dans chaque arrondissement, et le décret du 13 avril 1861 vous a attribué leur nomination. Dans les circonstances actuelles, vous jugerez utile de pourvoir sans retard aux vacances qui existeraient dans ce personnel. Vous pourriez, d'ailleurs, si la nécessité en était démontrée, nommer des médecins adjoints

« Quant aux conseils d'hygiène et de salubrité, institués dans chaque arrondissement par l'arrêté du chef du pouvoir exécutif du 18 décembre 1848, ils doivent, aux termes de l'acte qui a réglé leur organisation, être consultés sur les mesures à prendre pour prévenir et combattre les maladies endémiques, épidémiques et transmissibles ; vous devrez donc, dans les circonstances, avoir recours à leurs lumières et les réunir aussi souvent que vous le jugerez nécessaire.

« Je ne doute pas que vous ne trouviez dans les médecins des épidémies, ainsi que dans les membres des conseils d'hygiène, le concours le plus efficace et le plus dévoué. Les instructions que je vous ai adressées antérieurement les éclaireront dans l'accomplissement de leur mission.

« Recevez, monsieur le préfet, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

« *Le ministre du commerce*,
« Ch. Hérisson. »

— Parlement. — Dans la séance du 16 juillet dernier, M. Paul Bert a déposé sur le bureau de la Chambre des députés la proposition de loi suivante :

« Art. 1er. — Tout médecin est tenu de déclarer dans le plus bref délai possible à la municipalité et au délégué préfectoral spécial tout cas de choléra qu'il est appelé à soigner.

« Art. 2. — Le délégué préfectoral se transporte aussitôt au domicile indiqué, décide et fait exécuter les mesures qu'il juge utiles et fait le nécessaire pour isoler le malade et les personnes qui le soignent ou sont en rapport avec lui, pour désinfecter ou même détruire les hardes, linges, meubles et effets, pour assainir l'appartement ou même la maison ; cela aussi bien pendant le traitement qu'après la guérison du malade.

« En cas de mort, il prendra toutes les précautions qu'il jugera indispensables pour que le cadavre ne puisse devenir une cause de propagation de la maladie.

« Art. 3. — Le maire est autorisé à prendre avant l'arrivée du délégué préfectoral toutes les mesures de précaution qu'il considérera comme nécessaires.

« Il est tenu de mettre à la disposition du délégué toutes les ressources exigées par celui-ci et d'user à cet effet des droits que lui confèrent les lois générales de police.

« Art. 4. — Dans le délai d'un mois à partir de la promulgation de la présente loi, des délégués seront nommés par les préfets en nombre suffisant dans les contrées menacées ; ce nombre pourra toujours être augmenté.

« Ils recevront des indemnités payées, ainsi que les secours aux malades et remplacement des objets détruits, et en général pour l'exécution de la présente loi, sur le budget de l'Etat.

« Art. 5. — Toute infraction à l'article 1er de la présente loi est punie des peines portées à l'article 459 du Code pénal.

« Les personnes qui s'opposeraient aux mesures ordonnées par le délégué en exécution de l'article 2 seront punies des peines spécifiées à l'article 460 du Code pénal.

« Si de ces infractions il était résulté une contagion dans les communes, les peines seraient celles portées à l'article 461 du Code pénal.

« Si l'opposition aux mesures prescrites par le délégué venait du maire ou des officiers de police à quelque titre que ce soit, les peines seraient celles de l'article 462 du Code pénal.

« En ces différents cas, l'article 463 sur les circonstances atténuantes pourra être appliqué »

— M. Paul Bert vient de retirer sa proposition à laquelle tous les membres de la commission étaient hostiles. Mais il s'est réservé le droit d'interpeller le ministre du commerce sur l'exécution des lois de 1822 et de 1879 relatives à la salubrité et à l'hygiène publique. La Chambre a accueilli cette interpellation par l'ordre du jour pur et simple.

— M. Liouville a saisi la Chambre d'un projet de loi tendant à réunir sous une même direction les divers services intérieurs d'hygiène et de salubrité publiques actuellement répartis entre divers ministères. Un règlement d'administration publique déterminerait le ministère auquel cette direction serait rattachée.

— Mesures de quarantaine a l'intérieur. — Le Conseil général du département des Alpes-Maritimes s'est réuni, dans le courant de la semaine, en session extraordinaire. Il a discuté longuement la question d'une quarantaine imposée sur la limite du département et a combattu la légalité de la quarantaine du Var établie par la municipalité niçoise. Le Conseil général a adopté à l'unanimité la résolution suivante :

« Le Conseil général, regrettant que le gouvernement n'ait encore pris aucune mesure, demande que le rapatriement des Italiens par terre soit fait par des trains spéciaux et directes, et que les trains traversant le siége de l'épidémie aient des wagons spéciaux pour les émigrants.

« Le Conseil général demande l'organisation d'un service médical d'observation sur les limites du département, l'adoption de mesures de désinfection rigoureuse des effets des émigrants. »

— Philanthropie a l'acide prussique. — M. Edouard Charton a déposé récemment sur le bureau du Sénat une proposition tendant à remplacer les exécutions à la guillotine par l'empoisonnement foudroyant à l'aide de l'acide prussique.

— Mesures contre le choléra en Italie. — Le *Journal officiel* du royaume d'Italie vient de publier le décret élevant à sept jours la quarantaine imposée aux provenances par terre de France et de Suisse.

— La Fanfulla annonce que le conseil sanitaire de Rome propose aussi d'établir une quarantaine sur la frontière autrichienne.

R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Rathery, médecin de l'hôpital Tenon et chevalier de la Légion d'honneur.

— M. le docteur Béchet, doyen des médecins d'Avignon, vient de mourir.

***

Faculté de médecine de Paris. — M. le professeur Trélat est transféré, sur sa demande, de l'hôpital Necker à l'hôpital de la Charité, dans la chaire de clinique de M. Gosselin. M. le professeur Le Fort remplace M. le professeur Trélat à l'hôpital Necker.

— M. le docteur Maygrier, médecin-accoucheur du Bureau central, est nommé médecin-accoucheur de l'hôpital Tenon.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Par décret en date du 19 juillet 1884, rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique, M. Micé (Léopold-Laurent), professeur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, est nommé recteur de l'Académie de Besançon.

— Le concours de chef de clinique obstétricale vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Rivière.

Faculté de médecine et de pharmacie de Lille. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique en date du 17 juillet 1884, la chaire d'anatomie de la Faculté mixte de médecine et pharmacie de Lille est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Faculté des sciences de Montpellier. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique en date du 17 juillet 1884, la chaire de chimie de la Faculté des sciences de Montpellier est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Faculté des sciences de Toulouse. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts en date du 17 juillet 1884, la chaire de chimie de la Faculté des sciences de Toulouse est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

— Par décret en date du 12 juillet 1884, rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique, M. Jeanmaire (Charles-Félix), recteur (3e classe) de l'Académie de Besançon, est nommé recteur (2e classe) de l'Académie d'Alger, en remplacement de M. Boissière, mis en disponibilité.

***

Concours du Bureau central. — La seconde épreuve d'admissibilité (épreuve orale) du concours pour la nomination à deux places de médecin des hôpitaux et hospices civils de Paris vient de se terminer. Ont été admis à subir la troisième épreuve (consultation écrite) : MM. les docteurs Barié, Barthélemy, Brissaud, Dreyfous, Faisans, Hirtz (Edgar), Hirtz (Hippolyte), Lorey, Martin, Merklen, Renault et Talamon.

— La seconde épreuve d'admissibilité (épreuve opératoire) du concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux et hospices civils vient de se terminer.

Ont été admis à subir les épreuves définitives : MM. les docteurs Jalagnier, Campenon, Bazy, Brun, Marchant, Routier, Remy et Jarjavay.

Concours du prosectorat de Clamart. — Les candidats inscrits au concours qui doit s'ouvrir le lundi 4 août prochain pour la nomination à une place de prosecteur des hôpitaux sont au nombre de sept. Ce sont : MM. Chaput, Guinard, Hache, Ménard, Métaxas, Pousson et Walther.

Le jury se composera, sauf modifications, de MM. Tillaux, Lucas-Championnière, Tarnier, Léon Labbé, Cruveilhier, Vidal et Vulpian.

Concours. — Le ministre de l'intérieur du royaume d'Italie a mis au concours les sujets suivants :

1° Prix de 2,000 francs. — Exposer les progrès faits dans ce siècle (en Italie et à l'étranger) dans l'étude anthropologique criminelle, et les théories soutenues par les auteurs les plus autorisés. Passer en revue les faits et les statistiques sur lesquels ces théories s'appuient et les confirmer ou les combattre à l'aide d'autres faits et d'autres statistiques.

2° Prix de 1,000 francs. — Exposer la règle et le critérium sur lesquels se sont basés les législateurs anciens et modernes pour définir et prévenir la récidive. Examiner surtout à l'aide des faits quelles sont les causes principales de la récidive et par quels moyens on peut la combattre.

3° Prix de 1,000 francs. — Déterminer ce qu'est la volonté ; quelle est la genèse psycho-physiologique des actes dits volontaires ; quels faits psycho-physiques ont précédé généralement l'acte volontaire. Indiquer de quelle façon, à quelle époque de la vie et sous quelles conditions (internes ou externes) se développe normalement chez l'homme la faculté de la volonté ; quels rapports existent entre les modalités diverses de cette faculté et les autres facultés mentales. Indiquer quels sont les moyens les plus efficaces pour augmenter l'énergie de la volonté, etc.

Pour le premier sujet seul, le concours est international, mais les mémoires doivent être écrits en français ou en italien. Le terme fixé pour le dépôt des mémoires est le 31 décembre 1884 pour le premier sujet et le 30 septembre pour les deux autres.

Université de Heidelberg. — Un habitant de Heidelberg a offert à l'université de cette ville la somme de 100,000 marks, à condition que désormais les femmes soient admises à suivre les cours des différentes Facultés. Le sénat de l'université a refusé ce don, ne croyant pas devoir consentir à l'innovation demandée.

***

Légion d'honneur. — *Ministère de la guerre.* — Par décret du 7 juillet 1884, le président de la République, sur la proposition du ministre de la guerre, sont promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. Colin, médecin-inspecteur, directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris.

Au grade d'officier : M. Servier, médecin principal de première classe à l'Ecole de médecine et de pharmacie militaires ; M. Josué Sainte-Rose, médecin-major de première classe ; M. Pellerin, médecin-major de première classe ; M. Blin, médecin-major de première classe à l'hôpital mixte de Besançon ; M. Champenois, médecin-major de première classe.

Au grade de chevalier : M. Bar, médecin-major de première classe ; M. Sorel, médecin-major de première classe à l'hôpital Saint-Martin, à Paris ; M. Accolas, médecin major de première classe ; M. Schindler, médecin-major de première classe ; M. Eichinger, médecin-major de première classe aux hôpitaux militaires de la division de Constantine ; M. Annequin, médecin-major de première classe aux hôpitaux militaires de la division d'Oran ; M. Alphant, médecin-major de première classe ; M. Vieusse, médecin-major de première classe à l'hôpital militaire de Perpignan ; M. Richard, médecin-major de première classe, professeur agrégé à l'Ecole de médecine et de pharmacie militaires à Paris ; M. Ringeisen, médecin-major de première classe à l'hôpital militaire de Bayonne ; M. Desmonceaux, médecin-major de première classe à l'hôpital militaire de Bourges ; M. Viry, médecin-major de première classe à l'Ecole spéciale militaire : M. Carette, médecin-major de deuxième classe ; M. Kopff, médecin-major de deuxième classe.

Médecins civils : MM. les docteurs Monier et Delacroix.

— *Ministère de la marine.* — Par décret du président de la République en date du 8 juillet 1884, rendu sur la proposition du ministre de la marine et des colonies, sont promus ou nommés dans cet ordre :

Au grade de commandeur : M. Gestin (Robert-Héristal), directeur du service de santé de la marine à Toulon.

Au grade d'officier : M. Chastang (Elie), médecin en chef de la marine, chef du service de santé en Cochinchine.

Au grade de chevalier : M. Treille, médecin professeur de la marine; M. Dottieule, médecin de première classe de la marine; M. Cauvin, médecin de première classe de la marine; M. Siciliano, médecin de première classe de la marine; M. Barre, médecin de première classe de la marine.

Médecin civil. — M. Gros-Désormeaux, médecin civil à la Martinique.

— Par décret en date du 12 juillet 1884, sur la proposition du ministre de l'intérieur, sont promus ou nommés :

Au grade d'officier : MM. les docteurs Lefort, chirurgien de l'Hôtel-Dieu à Paris; Dumontpallier, médecin de l'hôpital de la Pitié à Paris; Tourdes, doyen de la Faculté de médecine de Nancy.

Au grade de chevalier : MM. les docteurs Garny (de Blidah); Fernet, médecin à l'hôpital Beanjon à Paris; Javal, directeur du laboratoire d'ophthalmologie à la Sorbonne; Tahère (Calvados) Brière (de Breteuil); Cotarmanach (de Saint-Malo); Duburque (de Casteljaloux); Blatin (de Clermont-Ferrand); Dufraigne (de Meaux); Joycux (de Mireconrt); Paquelin, à Paris; Rey, de Saint-Denis (Lot).

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 11 AU JEUDI 17 JUILLET 1884.

Fièvre typhoïde 39. — Variole 0. — Rougeole 23. — Scarlatine 6. — Coqueluche 10. — Dipthérie, croup 26 — Dysentérie 0. — Erysipèle 12. — Infections puerpérales 5. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 55. — Phthisie pulmonaire 187. — Autres tuberculoses 19. — Autres affections générales 70 — Malformation et débilité des âges extrêmes 56. — Bronchite aiguë 19. — Pneumonie 59. — Athrepsie gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 185. — au sein et mixte 56. — Inconnu 10. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 111. — de l'appareil circulatoire 58. — de l'appareil respiratoire 51. — de l'appareil digestif 56 — de l'appareil génito-urinaire 15. — de la peau et du tissu lamineux 7. — des os, articulations et muscles 5. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 3. — Epuisement 0. — Causes non définies 2. — Morts violentes 52. — Causes non classées 3. — Total de la semaine : 1195 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

DE L'ALCOOL, SA COMBUSTION, SON ACTION PHYSIOLOGIQUE, SON ANTIDOTE, par le docteur Jules Jaillet, ancien chef du laboratoire de thérapeutique de la Faculté de médecine de Paris. Un volume in-8 de 180 pages. — Prix : 4 fr. — Paris, librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon.

PREMIÈRES NOTIONS DE BOTANIQUE pour la classe de huitième des lycées et des collèges et à l'usage des écoles primaires et de l'enseignement des jeunes filles, par Louis Crié, professeur à la Faculté des sciences de Rennes. Un joli volume in-18, cartonné toile, avec 130 figures dans le texte. — Prix : 2 fr. — Paris, librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

55e année. 7e série. Tome Ier. N° 31 2 AOUT 1884

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION:
Rédacteur en chef : M. le Dr F. de RANSE;
Membres : MM. les Drs J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN;
Secrétaire : M. le Dr E. RICKLIN.

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

PATHOLOGIE NERVEUSE

UN FAIT D'HYPNOTISME, par M. BEAUNIS, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Nancy.

La réalité des phénomènes de l'hypnotisme est mise encore en doute aujourd'hui par beaucoup de médecins. Dans une série de recherches entreprises dans ces derniers temps sur les caractères physiologiques du somnambulisme provoqué, j'ai eu occasion d'observer un certain nombre de faits qui excluent toute idée de simulation et qui me paraissent de nature à entraîner la conviction du sceptique le plus endurci. C'est un de ces faits que je viens publier aujourd'hui.

Un fait analogue avait déjà été observé quelques jours auparavant par mon collègue le professeur Bernheim qui m'en avait fait part, et les deux observations ont été communiquées à la Société de médecine de Nancy dans sa séance du 25 juin 1884, avec pièces à l'appui.

Voici, très abrégée, l'observation, à laquelle je n'aurai à ajouter que quelques mots :

Victorine L..., âgée de douze ans et demi, d'un tempérament lymphatique, mais forte et bien constituée, est atteinte d'une *hémichorée droite* sur laquelle sa mère me donne les renseignements suivants :

Première atteinte. — A quatre ans et demi, à la suite d'une frayeur, elle fut prise d'une chorée généralisée très intense. L'enfant ne pouvait ni marcher, ni articuler les mots, ni presque manger. En outre, le mal s'aggravait à certains moments de la journée; ces crises ou ces accès duraient dix à quinze minutes et se répétaient six à sept fois par jour. La durée de cette première atteinte fut de trois mois. Les douches d'eau froide furent le seul traitement employé.

Entre six et sept ans, douleurs articulaires.

Deuxième atteinte, à sept ans et demi. — Elle fut aussi forte que la première et offrit les mêmes caractères; mais elle ne dura que six semaines. Même traitement.

Troisième atteinte, à neuf ans et demi. — Le côté droit seul fut pris; six à sept accès par jour; durée : six semaines. Pas de traitement.

Quatrième atteinte, à onze ans et demi. — Même forme hémichoréique; même durée; toujours six à sept accès par jour. Pas de traitement.

Cinquième atteinte, à douze ans et demi. — Le premier accès eut lieu le 27 mai et fut suivi dans la même journée de six accès très violents. Le 28 et le 29, même nombre d'accès et aussi violents. Le 10 mai, dans la matinée, elle a deux accès très violents; sa mère l'amène ce jour-là chez M. le docteur Liébault, qui l'endort pour la première fois. Elle a encore deux accès dans l'après-midi, mais moins forts.

Le 31 mai, elle est soumise encore au sommeil provoqué; un seul accès léger qui fut le dernier.

Le 9 juin, à la suite d'une frayeur, les mouvements choréiques reparaissent, avec moins d'intensité cependant. Mais les mouvements sont très désordonnés, surtout dans la main et dans le bras. Sa mère la ramène pour la faire endormir.

Je me trouvais ce jour-là chez M. Liébault. M. le professeur Bernheim m'avait précisément communiqué quelques jours auparavant un cas de chorée dans lequel l'hypnotisme avait réussi, en une séance, à faire cesser le désordre des mouvements de la main et à permettre l'écriture, impossible auparavant. J'en fis part à M. le docteur Liébault et le priai d'essayer la même épreuve sur sa petite malade. Il y consentit immédiatement.

Je dis à Victorine L... d'écrire son nom. Malgré toutes ses tentatives, l'enfant, très intelligente et très docile du reste, n'arrive qu'à faire un gribouillage informe dans lequel on distingue à peine une L, première lettre de son nom, gribouillage dont voici le *facsimilé* :



Alors M. Liébault l'endort, et, une fois endormie, il lui dit d'é-

crire son nom. Voici ce qu'elle écrivit d'emblée, sans hésitation, les yeux fermés :

Tous les mouvements choréiques avaient du reste disparu pendant le sommeil.

A son réveil, nous lui faisons de nouveau écrire son nom, les yeux ouverts cette fois. Le *fac-similé* suivant montre le résultat obtenu :



Les jours suivants, on continua les séances d'hypnotisme et l'amélioration se maintint. Au bout de quelques jours, l'enfant n'avait plus de mouvements désordonnés et pouvait écrire, coudre et se livrer à toutes les occupations manuelles comme auparavant.

Ce fait, je crois, n'a pas besoin de commentaires, et il me semble que pour tous les esprits non prévenus, l'inspection des trois *fac-similés* reproduits ci-dessus vaut mieux que toutes les considérations possibles.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

HYDROCÈLE. — INJECTION DE CHLORURE DE ZINC AU DIXIÈME D'APRÈS LE PROCÉDÉ DE M. POLAILLON. — GUÉRISON TRÈS RAPIDE, par M. Paul BERTHON, interne des hôpitaux.

Lefebvre (Nicolas), âgé de cinquante-huit ans, entre le 18 juin 1884, salle Broca, no 21, service de M. le docteur Polaillon.

Antécédents héréditaires. — Père mort à quatre-vingt-seize ans.

Mère morte aussi à un âge très avancé.

Antécédents personnels. — Lui-même a toujours joui d'une bonne santé.

Il a eu cependant une blennorrhagie à la suite de celle-ci, à deux reprises différentes, il y a un an environ, une légère hématurie.

Au commencement du mois de mai, à la suite d'un effort, il ressentit une douleur dans l'aine du côté gauche. Le testicule fut contus, grossit considérablement, puis la tuméfaction disparut. Néanmoins il resta une certaine sensibilité de la région en même temps que la bourse augmentait peu à peu de volume.

18 juin. — A son entrée à l'hôpital, la tumeur présente le volume d'un œuf de dinde; elle est transparente. Le testicule qui en occupe la partie supérieure paraît avoir conservé sa consistance et sa configuration habituelles. Le cordon, dont le volume est un peu plus considérable qu'à l'état normal, n'est point irrégulier. — Pas traces d'adénites inguinales.

Pendant deux jours, le malade reste en observation, et le 20 juin M. Polaillon lui fait une injection de deux tiers de seringue de Pravaz ordinaire de la solution suivante :

Eau distillée..........	10 grammes.
Chlorure de zinc......	1 —

après avoir pris la précaution d'évacuer une partie du liquide de l'hydrocèle, liquide qui se présente limpide, jaunâtre et d'aspect citrin.

Avant l'injection, M. Farabeuf, qui assistait à l'opération, eut l'idée de faire tomber quelques gouttes de la solution dans le liquide provenant de l'hydrocèle. Chaque goutte de la solution arrivant au contact du liquide y déterminait immédiatement la formation d'un précipité blanc, caillebotté, dû à la coagulation de l'albumine y contenue. En agitant le liquide et après un quart d'heure, tout le liquide était pris en une masse blanchâtre, albumineuse.

L'injection ne fut tout d'abord suivie d'aucun phénomène réactionnel, mais bientôt après se montrèrent des douleurs vives occupant la région testiculaire et irradiant le long du cordon, douleurs qui, dans l'après-midi, se généralisèrent à toute la région abdominale. Vomissements verdâtres. Élévation de la température à quatre heures. Ces phénomènes avaient atteint leur apogée; mais, par contre, le scrotum était revenu sur lui-même complètement; la bourse gauche avait repris ses dimensions normales et ne se distinguait de la droite que par sa coloration rouge intense et par sa sensibilité à la pression.

Application de compresses imbibées de solution d'acide borique au 1/20e.

19 juin. — La nuit fut assez mauvaise, mais le lendemain il s'était fait une détente très appréciable. La région testiculaire gauche est toujours sensible, mais le liquide épanché a presque entièrement disparu. La température est redevenue normale.

La rétraction des bourses s'accentua ensuite de jour en jour sans encombre, et le 30 juin le malade quittait l'hôpital complètement guéri.

Cette observation nous a paru intéressante à cause de la rapidité toute particulière avec laquelle l'épanchement intravaginal a rétrocédé sous l'influence du chlorure de zinc. Cette rapidité n'est point exceptionnelle et notre excellent maître M. Polaillon nous disait en avoir observé nombre de cas analogues.

Nous tenons aussi à appeler l'attention sur les précautions qu'il faut prendre dans l'emploi de ce mode de traitement, étant donné les phénomènes symptomatiques (péritonitisme) qu'il peut évoquer comme du reste beaucoup d'injections irritantes; dans un cas, grâce à l'imprudence du malade, M. Polaillon les a vus revêtir une certaine gravité (communication orale).

Néanmoins, étant données la rapidité et l'efficacité du traitement, nous croyons que le chlorure de zinc constitue un des meilleurs agents thérapeutiques à employer contre l'hydrocèle, préférable à la teinture d'iode, à l'acide phénique (solution au 1/10e), au perchlorure de fer (solution au 17e) (Houzé de l'Aulnoit), préférable aussi à l'alcool et à l'éther, tous médicaments qui ont été vantés dans les mêmes conditions et dont l'effet nous a paru moins prompt et moins constant.

THÉRAPEUTIQUE

DE L'EMPLOI DE LA PHELLANDRIE DANS LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS DITES DE POITRINE, par le docteur HENRI ALMÈS.

Parmi les nombreux médicaments préconisés contre la phthisie pulmonaire, beaucoup sont d'une efficacité douteuse et presque tous d'une efficacité insuffisante. Le temps et l'expérience ont dissipé les illusions que chacun d'eux avait fait naître à ses débuts. Pour ne parler que des innovations thérapeutiques les plus récentes, citons le koumiss qui n'a pu se maintenir au rang auquel on avait prétendu le placer, et la

créosote qui est loin d'avoir tenu toutes les promesses faites en son nom.

Est-ce à dire que nous ne devons compter sur aucun des agents thérapeutiques indiqués pour le traitement de la tuberculose ? Non certes, nous en possédons un grand nombre dont l'action ne peut être contestée, mais notre engouement naturel pour les remèdes nouveaux a pu nous faire délaisser injustement des médicaments déjà anciens qui avaient fait leurs preuves et auxquels on n'avait à reprocher que d'être d'une administration difficile.

Tel est le cas de la phellandrie, employée avec succès autrefois par d'éminents médecins de tous les pays, et qui actuellement n'est que rarement citée parmi les préparations à opposer à la bronchite, au catarrhe et à la phthisie.

Pour nous, nous avons conservé des travaux de Sandras sur la phellandrie un souvenir qui nous a fait admettre cette substance comme un médicament de haute valeur, auquel nous avons eu très souvent recours dans notre longue pratique, et l'expérience n'a fait que corroborer cette appréciation.

Bien souvent, quand nous avons rencontré des cas rebelles dans lesquels la toux et l'expectoration excessives épuisaient les malades, nous avons, après l'essai des remèdes ordinaires, eu recours à la phellandrie, et plusieurs fois nous avons obtenu des résultats inespérés.

Nous croyons donc que, pour certaines médications, il est bon quelquefois de revenir sur ses pas et de regarder en arrière pour chercher si, parmi les médicaments anciens, il n'en est pas qui soient encore préférables aux nouveaux.

Le traitement à appliquer aux phthisiques ne doit pas être tout d'une pièce et limité à une médication unique; il doit être complexe et comprendre des agents thérapeutiques nombreux et divers, qui tous, à leur tour, peuvent y trouver place selon les circonstances et les indications.

L'huile de foie de morue, l'arsenic, le fer, le phosphore, les iodures, les eaux minérales, etc., etc., peuvent prendre rang dans ce cadre, soit en s'entr'aidant simultanément, soit en se remplaçant successivement. Aucun de ces médicaments ne doit être continué indéfiniment et à l'exclusion des autres. Une série de deux mois d'usage continu est suffisant à chacun d'eux, sauf à y revenir à certains intervalles quand une première application a été profitable.

Ce que nous apprécions surtout dans les effets de la phellandrie, c'est son action à la fois calmante et corroborante, exempte de dépression et de narcotisme. Il arrive trop souvent que, lorsqu'on veut procurer du calme aux malades épuisés par la toux, on est obligé de l'acheter au prix des effets stupéfiants et débilitants des narcotiques, qui amoindrissent la résistance de l'organisme et dont l'usage prolongé contribue en définitive à l'aggravation de l'état morbide. Aussi doit-on considérer comme une ressource précieuse d'avoir à sa disposition un médicament qui non seulement est un sédatif sans être un narcotique, mais qui, de plus, agit à la manière des reconstituants.

En fait de préparations de phellandrie, nous préférons le sirop. Cette forme pharmaceutique nous paraît mieux appropriée qu'aucune autre aux maladies dont le principal symptôme est la toux. Les malades se lassent vite de la poudre, des pilules et des électuaires, et on est obligé d'y renoncer avant d'avoir obtenu les effets qu'on en devait attendre.

D'un autre côté, dans le sirop selon le Codex, la proportion de substance active est insuffisante et c'est un médicament qui, en raison des difficultés de sa préparation, varie selon chaque préparateur. Aussi il serait à souhaiter que pour le sirop de phellandrie on eût un médicament d'une préparation invariable, concentré autant que possible, d'une composition toujours identique et d'une conservation assurée. Dans ces conditions, on obtiendrait une plus grande proportion de résultats meilleurs.

Un des cas qui nous ont fait adopter la médication par la phellandrie est le suivant: nous donnions nos soins à un sujet de cinquante ans environ, de mauvaise constitution, catarrheux tous les hivers, ayant des sœurs et frères tuberculeux. Atteint d'une bronchite catarrhale profonde, ce malade allait depuis quelques jours de plus mal en plus mal et nous paraissait en voie de tuberculisation aiguë. Épuisé par une toux et une expectoration incessantes, il nous semblait voué à une fin prochaine. Nous avions employé sans succès l'opium, le laurier-cerise, l'aconit, les balsamiques. Dans ces conditions, nous lui donnâmes le sirop de phellandrie et l'arséniate de fer. Nous fûmes vivement impressionné par le changement qui s'opéra sous l'influence de ce traitement.

Dès la première nuit, il y eut diminution de la toux, et le malade put dormir; vinrent ensuite, et très rapidement, la chute de la fièvre, l'extinction graduelle de la sécrétion bronchique, le retour de l'appétit, et enfin, à notre grand étonnement, la guérison.

Ce sujet, que nous voulions envoyer dès l'été suivant aux eaux de Cotterets et qui, à chaque saison, s'en est dispensé, s'est soutenu pendant plus de douze ans dans un état de santé relativement très satisfaisant en combattant tous les hivers son catarrhe par la médication qui une première fois lui avait si bien réussi.

Cet exemple nous avait donné une haute idée de la valeur thérapeutique de la phellandrie, et depuis, dans de nombreuses occasions, nous l'avons employée avec des résultats soit relatifs, soit définitifs, mais constamment encourageants.

Mme M..., jeune femme qui paraissait ordinairement rayonnante de santé, fut prise tout à coup, sous l'influence d'une cause occasionnelle quelconque, de tuberculisation à marche aiguë et rapide, et elle était déjà arrivée au dernier degré des lésions pulmonaires, tout en ayant conservé quelques restes de son embonpoint et de sa fraîcheur. Appelé près d'elle en consultation après quelques mois de maladie, nous constatâmes l'envahissement complet d'un poumon, avec ramollissement et cavernes, et l'envahissement commençant de l'autre. Le pronostic ne pouvait être que des plus mauvais et l'issue funeste était certaine et à bref délai.

Cependant, sous l'influence du traitement par le sirop de phellandrie et les granules d'arséniate de fer, il y eut une telle amélioration que la malade put se lever, aller et venir, sortir au dehors et reprendre ce qu'elle avait perdu d'appétit et d'embonpoint, si bien que la famille croyait à une guérison que nous persistions à déclarer impossible. Cette illusion dura un certain temps, puis les choses reprirent leur cours et la malade succomba, comme cela avait été prédit; mais il n'en est pas moins remarquable qu'une phthisie à marche fébrile, aiguë et rapide, ait pu, sous l'influence de la phellandrie, subir non seulement un temps d'arrêt, mais même un mouvement rétrograde assez manifeste pour faire croire à un commencement de guérison.

Dans les phthisies dites torpides à marche chronique, la

phellandrie amène dans le processus pathologique une certaine immobilisation qui peut se prolonger des années, et cette trêve constitue pour les malades un prolongement d'existence qui est important, puisqu'en somme la vie est une question de temps.

Nous avons en ce moment un certain nombre de malades qui sont depuis plusieurs années dans cet état stationnaire que nous venons de signaler, état qui, s'il n'est pas la santé véritable, est au moins celui d'une existence relativement très supportable et compatible avec un certain degré d'activité tant physique qu'intellectuelle.

Le poumon semble être figé dans un *statu quo* tout particulier, exempt de souffrance, tandis que la plupart des autres organes sont troublés dans leurs fonctions par le désarroi pathologique répandu dans tout l'organisme.

Ainsi, il y a des troubles de la digestion et de la nutrition, des souffrances de l'estomac et des intestins, des douleurs névralgiques, articulaires et musculaires, des troubles de l'innervation et de la circulation, etc., etc., toutes choses qui peuvent donner le change aux personnes qui entourent les malades et qui leur font douter parfois du diagnostic phthisie, porté par le médecin. Ce doute est d'autant plus excusable chez des personnes étrangères à la médecine qu'un des résultats les plus ordinaires du traitement par la phellandrie, longtemps continué, consiste en une réduction considérable de la toux et du crachement, qui deviennent très rares. Or, pour les gens du monde comme pour le vulgaire, les malades qui ne toussent et n'expectorent presque pas ne sont pas poitrinaires.

Et cependant, lorsqu'on ausculte ces malades, dans quel état trouve-t-on leurs poumons? Après avoir constaté les ravages produits dans ces organes par les cavernes et les ramollissements tuberculeux, on est étonné que, dans cet état, ils puissent encore suffire à entretenir, quoique bien imparfaitement, l'hématose indispensable à la vie.

Pour d'autres sujets qui n'étaient pas encore arrivés à la période de la fonte tuberculeuse et chez lesquels la maladie ne se manifestait que par les hémoptysies et les bronchites particulières aux phthisiques, l'usage persistant de la phellandrie a pu enrayer le processus pathologique et amener de temps en temps des trêves pendant lesquelles l'organisme a eu le temps de se réparer, de se refaire et d'acquérir une force de résistance de plus en plus grande contre de nouvelles poussées.

Lorsque la maladie suit cette allure, cela peut être le salut pour le sujet, la tuberculisation, au lieu de s'accroître, s'arrête et même prend quelquefois une marche régressive. Alors de nouvelles affections relevant de l'arthritisme, l'herpétisme ou d'autres diathèses, se déclarent et, peu à peu, les signes de la phthisie pulmonaire s'atténuent et disparaissent. Ce sont là des cas de guérison véritable. Malheureusement, ils sont exceptionnels, mais ils sont encore assez nombreux pour laisser une porte ouverte à l'espérance, chaque fois qu'on entreprend le traitement d'un phthisique.

Nous en trouvons un exemple en la personne de Mme R..., femme ayant dépassé la cinquantaine aujourd'hui, qui, après avoir pendant plusieurs années présenté des signes de tuberculisation pulmonaire, toux, hémoptysies, crachements de sang et de pus, râles bronchiques et caverneux, sueurs nocturnes, etc., et avoir été traitée avec persistance par la phellandrie et l'arséniate d'antimoine et fer, a vu tout cet ensemble de symptômes menaçants et chroniques disparaître peu à peu et faire place d'abord à de la dyspnée emphysémateuse et asthmatique, qui s'effaça à son tour après une durée plus ou moins longue et fut remplacée par des poussées herpétiques insupportables, érythèmes, papules, pustules, vésicules, démangeaisons, etc. Puis la peau cessa d'être le théâtre de ces manifestations, et ce fut le tube gastro-intestinal qui, à son tour, devint et est actuellement le siège de troubles et de désordres antrefois inconnus. Ajoutons que pendant ces transformations successives les poumons se sont complètement dégagés et que Mme R..., qui a éprouvé un remontement général des plus manifestes, ne présente plus aucun des signes qui faisaient admettre comme certaine une tuberculisation pulmonaire.

Nous connaissons des sujets qui, ayant passé par la première période de la phthisie et ayant été traités par la phellandrie et l'arsenic, sous forme d'arséniate d'antimoine et de fer, se sont trouvés guéris en reprenant tous les ans, dès qu'ils se sentaient menacés, un traitement de quelques mois. Ces accidents menaçants qui les avertissaient consistaient en hémoptysies, bronchites diffuses, enrouements, toux sèche ou humide, sueurs nocturnes, etc.

Le sirop de phellandrie et la médication arsénio-antimoniale en faisaient justice et tout rentrait dans l'ordre jusqu'à un nouveau retour inoffensif contre lequel il y avait encore à se défendre.

Si la phellandrie est un médicament éminemment utile contre la phthisie, elle doit à plus forte raison être encore plus efficace contre la bronchite et le catarrhe simples. C'est ce que nous avons constaté sur un très grand nombre de sujets. Nous pourrions citer même un cas très remarquable de dilatation bronchique avec catarrhe et expectoration à la fois purulente et sanguinolente qui, après avoir résisté à des médications nombreuses et diverses, a été complètement guéri par l'usage du sirop de phellandrie, uniquement employé.

Nous nous sommes servi pour nous-même du sirop de phellandrie dans le but de combattre un catarrhe suffocant dont nous étions atteint au commencement de l'hiver dernier. Nous lui avons dû un notable apaisement des crises de suffocation qui, chaque fois qu'elles arrivaient, semblaient nous menacer d'asphyxie, et nous lui avons dû surtout un calme remarquable des nuits pendant lesquelles nous goûtions, malgré la maladie, un sommeil profond et réparateur, exempt de la lourdeur et du malaise qu'entraîne le sommeil dû à l'opium et à la morphine. La phellandrie est un calmant exempt de narcotisme et dont l'action sédative n'est nullement stupéfiante ni dépressive, condition précieuse pour le maintien des forces pendant la maladie et leur relèvement pendant la convalescence.

Les asthmatiques catarrheux se trouvent très bien de l'usage de la phellandrie et ceux qui ont commencé à s'en servir contre une attaque de dyspnée ne manquent pas d'y revenir pour combattre l'attaque suivante. Nous connaissons plusieurs emphysémateux qui font avorter leurs crises, toutes les fois qu'ils les sentent venir, en prenant le matin, pendant quelques heures, plusieurs cuillerées de sirop de phellandrie ioduré.

Du reste, si on s'en rapporte à la légende, la connaissance des vertus béchiques de la phellandrie nous viendrait de ce fait que des chevaux *poussifs* envoyés pour paître dans des prairies où abondait cette plante, et en ayant mangé en grande proportion et pendant longtemps, se seraient trouvés

guéris de leur maladie. La phellandrie serait donc, comme l'arsenic, un remède approprié à la guérison de l'emphysème catarrheux, lorsque cette guérison est possible.

Nous avons dit, dans le cours de cet article, que nous jugions opportun, dans le traitement de la phthisie pulmonaire, de faire suivre une médication pendant une série de deux mois pour, après cet espace de temps, la remplacer par une autre, sauf à y revenir dans un délai plus ou moins éloigné, selon les circonstances et les indications. Nous avons coutume d'agir ainsi pour la phellandrie, mais nous avons eu une assez notable proportion de malades qui, après avoir éprouvé et apprécié les bienfaits de ce médicament, n'ont plus voulu s'en séparer et en ont continué l'usage sans interruption, tout en suivant diverses autres médications. Nous devons ajouter que ces malades s'en sont très bien trouvés et qu'ils ont persisté ainsi indéfiniment et à leur grand avantage avec leur remède de prédilection.

Nous avons en ce moment un phthisique atteint depuis huit ou dix ans, qui avait été jugé et condamné à bref délai dès la première année, qui a été bien près de la mort à deux ou trois autres reprises et qui, enfin, malgré tant de secousses qui chaque fois semblaient devoir être mortelles, vit actuellement dans un état relativement très passable avec un poumon criblé de cavernes et de tubercules ramollis. Eh bien! ce malade, à qui il fallait à chaque instant diverses préparations narcotiques et calmantes pour apaiser sa toux et le faire dormir, ne tousse plus que très rarement et dort d'un sommeil profond et réparateur depuis qu'il fait un usage continu du sirop de phellandrie.

Quelle est, dans les maladies de poitrine, la période la plus propice pour l'emploi de la phellandrie, la période aiguë ou la période chronique?

Pendant longtemps, nous n'avons administré ce médicament que dans l'état chronique; mais, depuis que nous en avons fait un plus fréquent usage, nous avons reconnu qu'il rendait autant de services dans les formes aiguës que dans les formes chroniques et nous le donnons à n'importe quelle époque de la maladie, avec la certitude qu'il produira toujours de bons effets.

Un des derniers cas dans lesquels nous l'avons employé était celui d'une bronchite capillaire double, généralisée, avec fièvre, courbature, obligation de rester au lit, toux et crachements incessants, insomnie, etc. Les loochs et les juleps plus ou moins opiacés se succédaient sans avoir aucune prise sur la maladie. Trois jours d'usage de la phellandrie, sous forme de sirop concentré, suffirent pour faire tomber la fièvre, calmer la toux et faciliter le crachement, et, au bout d'une huitaine, tous les accidents aigus étaient guéris.

De ce que nous venons d'exposer, non dans un langage savant, mais dans un langage pratique, nous croyons pouvoir déduire les conclusions suivantes:

1° La phellandrie est un des meilleurs médicaments à opposer aux maladies dites de poitrine, caractérisées par l'excès de toux, soit sèche, soit avec expectoration;

2° Son action est à la fois sédative, altérante et corroborante; elle est complètement exempte de narcotisme;

3° Elle paraît avoir une action spéciale contre la phthisie pulmonaire;

4° La préparation de phellandrie la plus acceptable pour les malades est le sirop, pourvu qu'il soit aussi concentré que possible et que son inaltérabilité soit assurée.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Contributions à la pathologie des kystes hydatiques

I. DE L'INFLUENCE DU TRAUMATISME SUR LE DÉVELOPPEMENT DES KYSTES HYDATIQUES. Nouvelle observation, par M. KIRMISSON (1). — II. CYSTICERQUE CELLULEUX ET NÉVRITE OPTIQUE, par M. HOCK (2). — III. KYSTE ÉCHINOCOQUE DE L'ARACHNOÏDE LOGÉ DANS LA FOSSE CÉRÉBRALE MOYENNE DEPUIS DIX-HUIT MOIS, DANS UN CAS D'HYDROCÉPHALIE INTERNE CHRONIQUE, par M. A. KÜHN (3). — IV. KYSTE ÉCHINOCOQUE SOUS-DIAPHRAGMATIQUE OUVERT DANS LES POUMONS ET DANS L'INTESTIN, par M. P. GÜTERBROCK (4). — V. DES KYSTES ÉCHINOCOQUES DE LA RATE ET DE LEUR TRAITEMENT, par le professeur MOSSLER, de Greisswald (5). (Bergmann, éditeur à Wieshade.) — VI. KYSTE ÉCHINOCOQUE DANS L'UTÉRUS GRAVIDE; ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ; EMBRYOTOMIE, par M. GÜNSBURG, de Charkow (6). — VII. NOTE SUR UN CAS DE CYSTICERQUE DU SEIN, par M. GUERMONPREZ (7). — VIII. KYSTES ÉCHINOCOQUES DES OS, par M. HAHN (8).

I. M. KIRMISSON rappelle que déjà Davaine avait signalé, sans y attacher une grande importance, beaucoup de faits dans lesquels l'apparition des hydatides avait été précédée d'un traumatisme (contusion, commotion, effort), et que dans ces dernières années la question des rapports du traumatisme avec le développement des kystes hydatiques a été examinée dans différentes thèses soutenues devant la Faculté de Paris (9). Bon nombre des faits rapportés dans ces travaux sont de nature à entraîner la conviction en faveur d'un rapport direct entre le traumatisme et le développement des kystes hydatiques en des régions très variées. M. Kirmisson avait déjà observé deux faits du même ordre, parus dans les thèses de M. Martinet et de M. Bobrie. Il en fait connaître un troisième, d'observation récente. Il s'agit d'un jeune homme de 28 ans, entré à l'hôpital Saint-Louis le 27 août de l'année dernière. Trois mois auparavant, cet homme avait reçu un violent coup de pied de cheval à l'épigastre; il perdit connaissance et fut pris ensuite de vomissements bilieux avec ballonnement du ventre et fièvre. Au bout de deux jours, il fut transporté à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Labbé, alors suppléé par M. Bouilly. Dès ce moment, on constata au niveau du creux épigastrique une tumeur dont le malade n'avait point aperçu de traces jusqu'alors. Le malade était en proie à une

(1) ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, novembre 1883.
(2) WIENER MEDIC. WOCHENSCHRIFT, 1883, n° 52.
(3) BERLINER KLIN. WOCHENSCHRIFT, 1883, n° 41.
(4) DEUTSCHE ZEITSCHRIFT FÜR CHIRURGIE, t. XX, p. 82, 1884.
(5) Analysé dans: DEUTSCHE MEDIZINAL-ZEITUNG, 1884, n° 55.
(6) Ibidem, n° 53.
(7) ARCHIVES DE TOCOLOGIE, janvier 1884.
(8) BERLINER KLIN. WOCHENSCHRIFT, 1884, n° 6.
(9) Voir: BONCOUR, *Des kystes hydatiques des membres*, Thèses de Paris, 1878.
DUVERNOY, *De l'ouverture des kystes hydatiques du foie dans la plèvre et dans les bronches*. Thèses de Paris, 1879.
J. DANLOS, *De l'influence du traumatisme accidentel considéré comme cause occasionnelle des kystes hydatiques en général*. Thèses de Paris, 1879.
MARTINET, *Difficultés du diagnostic des kystes hydatiques externes*. Thèses de Paris, 1880. Obs. I.
BOBRIE, *L'Islande; de sa pathologie, et en particulier des kystes hydatiques*. Thèses de Paris, 1881. Obs. IV.

fièvre vive (41°) et pendant son séjour à l'hôpital la tumeur passa par des alternatives d'augmentation et de diminution très marquées. Pas d'autres symptômes saillants. La tumeur avait notablement diminué de volume le 10 août, au moment où le malade fut évacué sur Vincennes. Dès le 27 août, il demandait son admission à l'hôpital Saint-Louis ; à cette époque, la tumeur occupait la région épigastrique, depuis l'appendice xyphoïde jusqu'à l'ombilic, et du rebord des fausses côtes d'un côté à celui du côté opposé. Elle alla en augmentant de volume, entraînant une gêne marquée de la respiration. Une première ponction aspiratrice donna issue à un litre de liquide clair comme de l'eau de roche, qui présentait tous les caractères extérieurs du liquide des kystes hydatiques. Le liquide se reforma bien vite. Dans la nuit du 22 au 23 septembre, le malade fut pris de violentes coliques et d'évacuations diarrhéiques à la suite desquelles la tumeur s'était complètement affaissée. Elle ne se reforma point, preuve qu'elle s'était vidée dans l'intestin. Le 30 septembre, le malade quitta l'hôpital, guéri, et la guérison se maintenait le 6 octobre.

M. Kirmisson a vu dans ce fait une démonstration évidente de l'influence du traumatisme sur l'évolution des kystes hydatiques et sur ceux du foie en particulier. Le kyste préexistait, mais la violente contusion de l'épigastre a imprimé à son développement un coup de fouet. « Le traumatisme, conclut M. Kirmisson, peut donc agir sur l'évolution des kystes hydatiques de deux manières, soit pour faire éclore la tumeur, soit pour imprimer à une poche préexistante un rapide développement. »

II. Chez une femme âgée de vingt-trois ans, M. Hock a pu constater la présence d'un cysticerque sous-rétinien de l'œil, pendant une période d'observation de deux années. Durant tout ce temps, il n'y eut ni traces d'une inflammation de la membrane uvée, ni opacités du corps vitré. Une particularité intéressante de l'observation réside dans cette circonstance, que la femme avait un tænia dans l'intestin, d'où provenait, selon toute vraisemblance, le cysticerque. Elle présentait d'ailleurs des signes manifestes d'une affection cérébrale (céphalalgie, aphasie, névrite optique), qui permirent de diagnostiquer la présence de cysticerques dans le cerveau, du vivant de la malade. Des nodosités sous-cutanées et des douleurs rhumatoïdes dans les chairs laissaient supposer en outre que les muscles et les téguments avaient été envahis par des cysticerques. An début, alors que les phénomènes cérébraux étaient encore peu prononcés, on avait songé à une intervention opératoire, pour extirper la tumeur parasitaire. Mais la situation du cysticerque au centre de la rétine et le peu d'espérance qu'il y avait dès lors de voir aboutir l'opération avaient fait abandonner cette idée. Losque ensuite le cysticerque se déplaça, on pouvait constater l'existence de la névrite optique, qui rendait toute intervention inutile.

M. Hock a appris depuis lors, que cette femme est morte à l'hôpital général de Vienne le 16 février 1882, à la suite d'accidents cérébraux. Deux jours avant sa mort, elle avait été soumise à un examen ophthalmoscopique, et l'on avait reconnu la présence du cysticerque au fond de l'œil. Il n'y eut pas d'examen des globes oculaires *post mortem*, mais l'ouverture du crâne mit à jour des cysticerques, au nombre de plus de vingt, à la surface du cerveau. Une tumeur volumineuse occupait le quatrième ventricule.

M. Hock, en se fondant sur des données statistiques empruntées à de Græfe, fait ressortir les points suivants :

Sur 80 cas de cysticerques des parties profondes de l'œil, cinq ou six fois seulement on a noté la préence d'un tænia dans les organes digestifs.

Dans 2 cas seulement, des symptômes cérébraux (accès épileptiformes, etc.) dénotaient la présence de cysticerques dans l'encéphale.

Dans aucun de ces 80 cas on ne trouve mention d'une coexistence de cysticerques de l'œil et des régions superficielles du corps.

III. M. Kühn rapporte l'observation d'un homme de trente-quatre ans, qui avait été sujet à des attaques d'épilepsie depuis son enfance. Les attaques convulsives avaient cessé depuis huit ans, mais le malade tombait dans des attaques de stupeur cérébrale durant lesquelles il se comportait comme un automate. Cet état de démence épileptique alla en s'aggravant. Le malade, qui était détenu dans une maison de correction, devint impropre à tout travail ; sa démarche était incertaine, titubante ; parfois il était pris de mouvements de manège qui faisaient craindre une chute, de telle sorte que du vivant du sujet on crut pouvoir diagnostiquer une affection cérébelleuse.

An mois de juillet 1882, le malade se fractura l'humérus. Cet accident entraîna à sa suite un état de marasme, compliqué un peu plus tard de pleurésie et de fièvre ; le malade mourut d'épuisement le 27 octobre. M. Kühn a insisté sur ce que, en dehors d'une légère diminution de l'acuité visuelle et d'une dilatation des pupilles, le malade n'avait pas présenté de phénomènes de paralysie. A l'ouverture du crâne, on trouva le cerveau aplati ; les ventricules latéraux étaient fortement distendus par du liquide. A la base du crâne existait un épanchement de liquide jaunâtre, tenant en suspension des vésicules hydatiques du volume d'une lentille à celui d'une noix. Les méninges de la base étaient épaissies ; la glande pituitaire était transformée en une cavité kystique.

L'auteur s'attache à démontrer que la présence des vésicules hydatiques dans la cavité crânienne ne devait pas remonter à plus de dix-huit mois.

IV. L'observation de M. Guterbrock, qui a été mentionnée dans un des derniers numéros de la Gazette médicale (n° 20), est relative à un jeune homme de 19 ans, porteur d'un kyste échinocoque du foie. Pour vider la tumeur de son contenu, on fit une résection costale. Après l'opération, le malade rendit des vésicules hydatiques par la plaie, par la bouche et par l'anus ; au quatrième jour, la plaie livra issue à des matières fécales; le malade eut, en outre, des vomissements fécaloïdes. Il fallut procéder à une nouvelle résection costale quinze jours après la première. A partir du dix neuvième jour, le malade cessa de rendre des vésicules hydatiques et des matières fécales par la plaie. Quatre mois après la première opération, il quitta l'hôpital, et il pouvait être considéré comme définitivement guéri.

En somme, dans ce cas, des communications s'étaient établies entre le kyste échinocoque et la plèvre d'une part, le foie et le gros intestin de l'autre. C'est un point sur lequel l'auteur s'étend dans les considérations placées à la suite de cette observation. En même temps, il reproduit *in extenso* le seul fait du même genre qu'il ait pu découvrir dans la littérature médicale, fait qui a été publié par Stokes, mais qui est généralement attribué à d'autres observateurs.

V. Dans une très intéressante monographie, le professeur Mossler, de Greisswald, a réuni les principaux faits connus

de kystes échinocoques de la rate, en y joignant quelques observations personnelles. L'une, entre antres, est relative à un jenne homme de 22 ans, qui présentait dans le venre à gauche et an-dessus de l'ombilic une tumenr dn volume d'nne tête d'enfant. Le 17 février 1880, on pratiqua une ponction exploratrice qui donna issue à du liquide contenant des crochets d'hydatides. Il s'agissait donc d'un kyste echinocoque, et la question était de savoir ei la tnmeur occnpait la rate ou le lobe gauche du foie. Le 22 février, on soutira, au moyen d'une ponction aspiratrice, 2,000 c. c. de liqnide. Le ventre était affaissé, et l'on pouvait croire que le sac kystique était complètement revenu sur lui-même. Le 8 mars, une ponction exploratrice ne donna issue à ancune trace de liqnide. Pour favoriser l'oblitération du kyste, on y fit, à partir du 10 mars et tous les deux jours, une injection parenchymateuse d'une solution d'acide phénique à 2 1/2 0/0; en même temps, le malade fnt mis à l'usage interne de l'iodnre de potassium. Le 4 avril, une angine intercarrente obligea d'interrompre les injections phéniquées.

Le 26 avril, on constatait de nouveau une saillie dans l'hypochondre gauche. Le 8 mai, une ponction aspiratrice donna issue à 800 grammes d'un liquide limpide. Le 21 mai, on retira de la tumeur 500 grammes d'un liquide purulent. De nouvelles ponctions furent pratiquées snccessivement le 9, le 16, le 20 juin et le 12 juillet; les quantités de liquide purulent évacuées ont été de 375, 225, 75 et 25 c. c. Le malade quitta ensuite l'hôpital, dans un état de guérison apparente. Il revint le 15 septembre, porteur d'une vaste tumeur fluctuante, siégeant à la région lombaire à gauche Une incision profonde de 4 centimètres de longueur permit de retirer de la poche kystique 1,200 c. c. de pus; la guérison nécessita des soins consécutifs prolongés. Le malade quitta définitivement l'hôpital au mois de juin 1881, avec une fistule.

M. Landau, appréciant ce fait, a reproché à M. Mossler de n'avoir pas eu recours d'emblée à une intervention plus radicale, à l'incision large, qui, entre les mains de Sænger, de Lindemann et de Landau lui-même a donné des résultats satisfaisants dans le traitement opératoire des tumeurs de la rate.

VI. M. Günsburg rapporte l'observation d'une femme qui vint le consulter pour la première fois au mois de février 1883. Depuis quelques mois, cette femme n'avait plus vu ses règles. Le côté gauche du foie, augmenté de volume, ne pouvait être délimité, par la palpation, d'une tumeur qui descendait jusque dans le petit bassin. Cette femme racontait en outre que neuf années auparavant elle avait été souffrante de la poitrine, et que durant sa maladie elle avait rendu des vésicules et des membranes blanchâtres.

M. Günsburg perdit la malade de vue jusqu'au 19 juillet de l'année dernière. Ce jour-là il fut appelé auprès de la malade qui était en train d'accoucher. Le travail avait commencé la veille et se trouvait arrêté par un obstacle qui n'était autre qu'une tumeur arrondie siégeant sur le segment inférieur de l'ntérus. La tête du fœtus était engagée dans le détroit inférieur. Une application de forceps n'aboutit point. Il fallut procéder à l'embryotomie. Après l'accouchement, la femme présenta les signes d'nne endométrite. Elle garda le lit pendant trois semaines, durant lesquelles elle eut plusienrs pertes de sang par les organes génitaux avec expulsion de membranes blanches et d'une vésicule grosse comme un œuf de poule. Quelques semaines plus tard, elle fut prise de dyspnée, et elle rendit en tonssant qnelqnes membranes blanches, vésiculenses. Par la palpation, on constatait que le foie dépassait le rebord des fausses côtes de 11 centimètres; sa snrface était inégale. A trois travers de doigt an-dessous de l'ombilic se trouvait une tnmenr et une autre qni se continuait avec l'ntérus augmenté de volume. Dans la fosse sous-épineuse droite, on percevait de la matité, avec affaiblissement du murmnre vésiculaire. L'examen histologique des membranes expectorées fournit la prenve qn'il s'agissait de vésicnles hydatiqnes. Nul doute dès lors qn'on avait en affaire à nn kyste échinocoqne de l'utérus, qui avait provoqné l'acconchement avant terme et qui avait agi comme cause de dystocie.

M. Günsburg rappelle que les kystes échinocoqnes de l'ntérus sont extrêmement rares, et que Davaine n'en mentionne qu'un seul exemple dans sa statistique qui comprend 383 cas de kystes échinocoques à localisations très variées. En Russie, un compatriote de M. Günsburg, M. Brill, a également publié un fait du même genre. Le kyste échinocoque, qui était logé dans la paroi utérine, fut également une cause de dystocie.

VII. M. Guermonprez, de Lille, a publié un fait unique dans la science; il s'agit d'un exemple de cysticerque du sein. L'observation est relative à une femme de 29 ans qni s'était aperçue au mois de juillet 1881, alors qu'elle était enceinte, de la présence d'une nodosité à la partie supéro-interne dn sein gauche. Il n'y avait à ce niveau ni donleur, ni rougenr, ni autre signe anormal. Après l'accouchement, la tumenr augmenta de volume; elle fut ramenée à ses dimensions premières au moyen de badigeonnages de teinture d'iode. Nouvelle poussée de tuméfaction, cette fois avec douleur et chaleur de la région, en novembre 1882. Nouvelle amélioration sous l'influence de la médication iodurée. Une seconde poussée inflammatoire se produit au mois de mars 1883, avec douleurs s'irradiant vers le cou, le thorax et dans le bras. Au centre de la zone d'inflammation se trouve une partie molle, fluctuante, sans changement de couleur à la peau, un peu chaude, sensible à la pression. Pas d'adénite. Une ponction faite à l'aide du bistouri dans la partie centrale donna issue d'abord à une sérosité louche, assez ahondante, puis à un kyste dont l'auteur donne la description détaillée et qui n'était autre qu'un cysticerque. On reconnut en outre l'existence d'une induration dans le tissu même de la glande et dont le volume ne dépassait guère celni d'une orange mandarine. Le lendemain, une pression assez minime exercée au niveau de cette induration provoquait la sortie d'une matière crémeuse, presque crayeuse, avec odeur de fromage aigre, dont la quantité totale répondait environ au volume d'un œuf de pigeon. Un tænifuge fut administré à la malade sans résultat. La cicatrisation de la plaie ne fut complète qu'au bout de six semaines.

VIII. Une femme de 52 ans avait toujours été bien portante jusqu'en 1878. A cette époque, elle fit une chute sur le genou; il en résulta des douleurs qui gênaient beaucoup la marche. On lui fit des ponctions suivies d'injections iodées. Déjà à cette époque on avait porté le diagnostic de kyste échinocoque. Elle quitta l'hôpital au mois de février 1879, munie d'un appareil silicaté. Mais les douleurs devinrent telles, que par moments la malade ne marchait qu'à grand'peine. Au commencement de l'année 1883, cette femme s'aperçut de la présence, au niveau de la tubérosité du tibia, au-dessous de la rotule, d'une tumeur molle, de la grosseur d'une noisette, mais qui alla en augmentant de volume. Les donleurs

s'exaspérèrent au point qu'une opération fut décidée. Les mouvements de l'articulation étaient très limités et cependant il n'y avait pas d'épanchement. Au-dessus de la rotule, une tumeur fluctuante, de la grosseur d'un poing, embrassant toute la face antérieure. A la palpation, on percevait de la crépitation. Au-dessus de la tumeur, la peau était normale ; à la face postérieure de l'articulation existait une tumeur du volume d'un œuf d'oie, fluctuante. Il ne paraissait point que les deux tumeurs communiquassent avec la jointure. Pendant le sommeil anesthésique, la jambe se laissa fléchir sur la cuisse jusqu'à angle droit; en même temps on sentait de la crépitation. Quand la jambe était en extension, on pouvait lui imprimer des mouvements latéraux assez étendus. En ponctionnant la tumeur antérieure, on donna issue à une bouillie épaisse, jaunâtre, contenant un grand nombre de vésicules blanchâtres du volume d'un pois ; la nature de la tumeur se trouvait ainsi nettement établie. On pratiqua une large incision, et on y introduisit la cuiller pour procéder à l'évidement de l'os. L'instrument pénétra dans une cavité du volume d'un œuf de poule, creusée dans le condyle interne du tibia et contenant des vésicules d'hydatides. En ouvrant l'articulation, on trouva les cartilages de revêtement du tibia et du fémur érodés. Le condyle interne du fémur était creusé d'une excavation du volume d'un œuf de pigeon, contenant des vésicules hydatiques et de petits séquestres. M. HAHN procéda à l'amputation du fémur dans le tiers inférieur ; sur la ligne de section, il mit à jour un sac fibreux, en partie formé par le périoste, et qui s'étendait en dedans jusqu'à la veine fémorale. Il excisa ce sac qui mesurait 8 centimètres en longueur et 3 en largeur. Il lui fut facile d'énucléer le kyste logé à la face postérieure de l'articulation. La plaie d'amputation était complètement cicatrisée le 30 décembre 1883.

L'auteur insiste ensuite sur la rareté relative des kystes échinocoques des os (28 sur 985 cas formant la statistique de Neiser) et il entre dans quelques considérations d'ordre anatomique, pour expliquer cette rareté. Il a pu réunir en tout 33 observations de kystes échinocoques des os : 16 ont été opérés, sur lesquels 11 ont guéri, 2 à la suite d'une simple incision ; les autres cas se sont terminés par la mort. Il en a été de même dans 17 des 33 cas non opérés.

E. RICKLIN.

BIBLIOGRAPHIE

DE L'ALCOOL, SA COMBUSTION, SON ACTION PHYSIOLOGIQUE, SON ANTIDOTE, par le docteur JULES JAILLET. — Paris, 1884. O. Doin.

Malgré les nombreux travaux consacrés surtout depuis trente ans à l'étude des effets de l'alcool sur l'organisme tant au point de vue physiologique qu'au point de vue pathologique, la question de l'alcoolisme est plus que jamais à l'ordre du jour. C'est qu'il reste encore bien des points controversés dans cette étude. Aussi ne pouvons-nous qu'applaudir à l'œuvre excellente que vient de produire M. le docteur Jules Jaillet.

Dans une première partie sont exposées les modifications que subit l'alcool après son absorption et son arrivée dans le torrent circulatoire. Nous ne ferons que mentionner ces recherches et ces études qui nous font assister aux transformations graduelles de l'alcool, jusqu'à sa combustion complète aux dépens de l'oxygène emprunté aux globules du sang. Il suffira de signaler ce point nouveau que M. Jaillet a eu le mérite de découvrir et de démontrer, c'est qu'une petite *partie de l'alcool* contenu dans le sang se transforme en acide acétique, avant sa combustion totale en eau et en acide carbonique.

Dans la deuxième partie de son travail, M. Jaillet a fait une étude des plus intéressantes de l'action physiologique et toxicologique de l'alcool sur les divers organes, sur le tube digestif, sur le sang, sur les centres nerveux ou le foie, sur les reins, etc. Mais c'est surtout la dernière partie qui nous semble mériter l'attention, en raison des applications pratiques que le médecin saura en tirer. M. Jaillet s'est en effet proposé d'arriver à démontrer expérimentalement les bons effets de la strychnine contre les phénomènes mortels produits par l'alcool. Bien que l'antagonisme de ces deux poisons eût été signalé par Magnus Huss, Luton (de Reims) et Amagat, il a pensé qu'il fallait une nouvelle démonstration pour faire entrer cet antidote dans la pratique journalière. Si, en effet, le médecin doit s'entourer de toutes les preuves physiologiques, avant de chercher à combattre un poison par un poison aussi redoutable que la strychnine, il faut aussi qu'il sache que la strychnine est absolument inoffensive sur l'axe cérébro-spinal imprégné d'alcool. A très forte dose, la strychnine peut produire les convulsions tétaniques chez un alcoolisé, et malgré cela rendre la vie, alors que tous les autres moyens sont impuissants.

M. Jaillet n'a eu d'autre but que de prouver que la strychnine est l'antidote de l'alcool et que ce poison devient le médicament par excellence propre à empêcher la mort dans l'ivresse comateuse et dans l'empoisonnement aigu par l'alcool.

Ces deux poisons se détruisent l'un par l'autre, quant à leurs manifestations nerveuses. Cependant, se séparant de M. Amagat, M. Jaillet affirme que l'antidote de l'alcool produit les phénomènes de strychnisme et que ces phénomènes peuvent devenir mortels avec des doses exagérées. Il n'y aurait cependant pas d'antagonisme vrai entre l'alcool et la strychnine, car il ne s'agit pas là de deux poisons se détruisant l'un l'autre ; seulement l'excitation bulbaire produite par la strychnine vient faire équilibre à la paralysie du centre respiratoire produite par l'alcool; mais l'animal intoxiqué par l'alcool n'en reste pas moins, même lorsqu'on le met sous l'influence de la strychnine, dans l'état comateux dû à l'alcool; l'anesthésie persiste aussi, de même que la résolution musculaire ; le cœur reste désordonné en raison de la paralysie graduelle des pneumogastriques, mais la respiration ne se ralentit plus, et ce serait pour cette dernière raison seule que la mort n'arrive pas. D'un autre côté, l'alcool, quoique à dose toxique, n'empêche pas les phénomènes de strychnisme ; c'est même sur le fait de l'apparition ou de la production des contractions tétaniques que M. Jaillet s'est toujours appuyé pour prédire que l'animal ne succomberait pas aux effets de l'intoxication alcoolique.

Il ne faut donc pas, d'après M. Jaillet, avoir peur des doses élevées de strychnine quand il s'agit d'un homme qui se trouve dans le coma et le collapsus alcoolique. Il importe d'agir vite et commencer par des doses assez fortes. Luton et Dujardin-Beaumetz ont donné 15 milligrammes de sulfate de strychnine dans les vingt-quatre heures à des hommes en proie au délire alcoolique chronique.

Dans l'empoisonnement aigu, il faut débuter par un centigramme, et, toutes les trois heures, faire des injections de un quart de centigramme, jusqu'à ce que l'on ait pu déterminer une petite exagération des mouvements réflexes.

« Luton, dans un cas de délire érysipélateux confondu avec un cas de delirium tremens, a pu donner jusqu'à 4 centigrammes de sulfate de strychnine sous la peau sans avoir eu à déplorer les accidents consécutifs à l'erreur de diagnostic. »

Chez l'alcoolisé, la dose de strychnine devra être variable, et d'autant plus grande que l'antidote sera administré plus longtemps après le début de l'intoxication.

« La règle thérapeutique est donc de commencer par un centigramme de sulfate de strychnine en injection sous-cutanée et de donner, toutes les deux heures, une nouvelle petite dose, jusqu'à ce que les phénomènes réflexes se produisent, et même, dans les cas d'empoisonnement confirmé, jusqu'à l'apparition de petites secousses tétaniques spontanées. »

La strychnine étant administrée, M. Jaillet conseille cependant de ne jamais négliger les autres moyens indiqués contre l'alcoolisme aigu. Car il a constaté que les animaux alcoolisés continuaient à se refroidir, malgré l'antidote.

On enveloppera donc le corps des malheureux empoisonnés par l'alcool avec des couvertures, on les entourera de boules d'eau chaude on on leur fera, sous les couvertures, des fumigations de vapeurs d'eau chaude. D'autre part, pour s'opposer autant que possible au défaut d'oxygénation du sang pendant l'intoxication alcoolique, il sera utile de faire respirer, plusieurs fois dans la journée, un certain nombre de litres d'oxygène bien lavé. Car, dans aucune circonstance, l'emploi des injections sous-cutanées de strychnine ne devra faire négliger les autres soins que nécessite l'état d'un ivre-mort.

Telles sont, en résumé, les conclusions auxquelles est arrivé M. Jaillet dans sa consciencieuse étude qui s'appuie non seulement sur des faits d'observation clinique, mais aussi sur un grand nombre d'expériences originales faites au laboratoire de thérapeutique de la Faculté de Paris. Ce travail a d'ailleurs reçu d'autres suffrages que les nôtres, puisque la Société de tempérance lui a décerné un prix qui nous paraît des mieux mérités.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

FORMULAIRE

Pilules contre les sueurs nocturnes des phthisiques.
(Langer.)

Rec. Agaricine . . . . 0 gr. 50
Poudre de Dower. . . . . 7 gr. 50
Racine de guimauve } aâ. q. s.
Mucilage de gomme }

Pour f. s. a. 100 pilules. — Dose une à deux pilules le soir, trois ou quatre heures avant le moment présumé de l'apparition des sueurs.

E. R.

NOTES & INFORMATIONS

Choléra

Toulon. — A Toulon, la décroissance de l'épidémie s'accentue. A la date du 29 juillet, la situation des hôpitaux était la suivante :

Hôpital Bon-Rencontre. — 8 entrées, 7 sorties, 2 décès, 40 malades en traitement.

Hôpital Saint-Mandrier. — 3 entrées, 14 sorties, aucun décès, 107 malades en traitement.

A la date du 30 juillet, la situation était la suivante :

Hôpital Bon-Rencontre. — 3 entrées, 4 sorties, 4 décès, 35 malades en traitement.

Hôpital Saint-Mandrier. — 4 entrées, 10 sorties, aucun décès, 101 malades en traitement.

A la date du 31 juillet, le préfet maritime de Toulon adressait le télégramme suivant :

« Pas de décès et pas d'entrants à Saint-Mandrier cette nuit. Trois ou quatre malades y sont encore en état douteux, mais aucun ne paraît en péril immédiat; ce qui prouve bien que nous sommes à la fin de l'épidémie, c'est que les cas du plus mauvais aspect s'améliorent rapidement.

« Du 29 au 30, de sept heures du soir à la même heure, 12 décès à Toulon, presque tous dans les faubourgs et dont plusieurs enfants. »

A la date du 31 juillet, la situation des hôpitaux était la suivante :

Hôpital Bon-Rencontre. — 3 entrées, 1 sortie, 2 décès, 36 malades en traitement.

Hôpital Saint-Mandrier. — 2 entrées, aucun décès, 43 malades en traitement.

Tous les médecins de Toulon s'accordent à considérer l'épidémie comme touchant à sa fin; le seul danger réside maintenant dans le retour en masse des émigrés.

— Le maire de Toulon a reçu du ministre de l'intérieur un mandat de 40,000 francs à répartir entre les émigrés pour leur permettre de prolonger leur séjour hors de la ville.

— Marseille. — Le Bulletin officiel de l'état civil de Marseille nous fournit les renseignements suivants sur les chiffres des décès relevés dans cette ville pendant le dernier septenaire :

Du 24 au 25 juillet,	mortalité totale 76	Décès cholériques	38
25 — 26	—	89	58
26 — 27	—	77	38
27 — 28	—	65	24
28 — 29	—	58	23
29 — 30	—	71	24

Du 30 au 31 juillet, de midi à midi, il n'y a eu que 6 décès cholériques; la décroissance de l'épidémie est donc au moins aussi marquée qu'à Toulon.

— Dimanche dernier 27 juillet, il y a eu un mois que le choléra a fait, cette année, sa première victime à Marseille. Le total des décès cholériques enregistrés à l'état civil de Marseille du 27 juin au 27 juillet a été de 1,146, à savoir :

239 au Pharo
3 à l'Hôtel-Dieu;
17 aux Aliénés;
2 à l'hôpital de la Conception
2 à l'hospice de la Charité;
6 à l'hôpital militaire;
2 à l'infirmerie israélite.

Sous le rapport de la nationalité, on compte, parmi les victimes du fléau, 798 Français, 322 Italiens, 13 Espagnols, 9 Grecs, 1 Anglais, 1 Autrichien, 1 Allemand et 1 Américain.

Le choléra a frappé 12 religieuses, dont une à l'hospice de la Charité, deux à l'asile des aliénés et neuf au couvent de la Retraite.

— Arles. — Le choléra, dont nous annoncions l'apparition à Arles

il y a huit jours, a fait, dans le courant de la semaine, des victimes assez nombreuses.

Dans la journée du 26 juillet, on signalait 15 décès cholériques : 8 à l'hôpital, 4 en ville et 3 à la campagne.

Dans la journée du 27, 12 décès cholériques : 5 à l'hôpital, 6 en ville et 1 à la campagne.

Dans la journée du 28, 6 décès cholériques : 2 à l'hôpital, 2 en ville et 2 à la campagne.

Dans la journée du 30, 8 décès cholériques, dont 3 à l'hôpital.

Dans la journée du 31, 1 décès cholérique en ville et 1 à l'hôpital.

— Aix. — A Aix, le choléra ne semble pas jusqu'ici prendre beaucoup d'extension.

Dans la journée du 28, 6 décès cholériques et 10 cas en traitement.

Dans la journée du 30, 3 décès cholériques.

Dans la journée du 31, 1 seul décès cholérique.

— Avignon. — Un premier cas de choléra asiatique a été constaté à Avignon, dans la journée du 29 juillet, chez une femme venue d'Arles. Cette femme a succombé le 31.

A la date du 30 juillet, on a signalé deux cas suivis de décès, dans la banlieue d'Avignon, à l'asile des aliénés de Montdevergnes.

— Lyon. — De Lyon, on télégraphie à la date du 30 juillet qu'un jeune homme de 23 ans est mort du choléra, dans la salle d'observation de l'hôpital.

— Saint-Chamas, 31 juillet. — Un décès cholérique s'est produit à Saint-Chamas. Mme Victorine Perrier, âgée de 60 ans, a succombé à la terrible maladie.

Un autre cas de choléra est signalé : celui de Mme C... On espère cependant la sauver.

Toutes les mesures sanitaires ont été prises par le maire de Saint-Chamas.

— Privas, 31 juillet. — A Vogué, près Aubenas, le choléra, ou du moins une affection cholériforme, a fait son apparition. Il y a eu 9 décès en trente-six heures, de dimanche à lundi soir.

Il y a eu plusieurs malades aujourd'hui.

— Les épidémies en général et celle du *Choléra* en particulier nous permettent d'insister auprès de nos lecteurs pour qu'ils préconisent le Vinaigre de Pennès, dont la propriété éminemment désinfectante a été constatée par 48 chefs de service dans les hôpitaux et qui ne saurait être confondu, surtout au point de vue de l'*assainissement atmosphérique*, avec tant d'autres produits déjà connus. Il se volatilise facilement et se mêle en toute proportion à l'air respiré dans le milieu habité par les malades ou bien encombré par un grand nombre de personnes, et cela sans avoir à redouter le moindre inconvénient. Il n'est pas inutile d'ajouter que son odeur est des plus agréables et que l'*acide salicylique*, qui en fait la base, se trouve en partie vaporisé, en raison de son contact immédiat avec l'acide acétique concentré.

***

Société de médecine d'Anvers. — Un concours est ouvert par la Société de médecine d'Anvers sur les questions suivantes :

1° Discuter les dangers de la chloroformisation et les moyens de les prévenir ;

2° Exposer le traitement de l'eczéma ;

3° Etudier la transfusion du sang et des autres liquides réparateurs ;

4° Exposer et discuter le traitement des épanchements pleurétiques purulents.

Les mémoires des concurrents devront être adressés au secrétaire général de la Société avant le 1er juin 1885.

Association des médecins du Rhône. — L'Association des médecins du Rhône a tenu, le 23 juin 1884, son assemblée générale annuelle, sous la présidence de M. Bouchacourt, au palais Saint-Pierre.

Plus de 50 membres assistaient à cette réunion.

Après une allocution empreinte des meilleurs sentiments confraternels, et très applaudie, de M. Bouchacourt, M. Favre, secrétaire général, paye un juste tribut de regrets et d'éloges aux associés morts pendant cette année, et fait connaître d'une manière sommaire la situation de plus en plus prospère de l'Association. Il examine la possibilité d'établir au sein même de l'Association une Société syndicale destinée à protéger efficacement les intérêts médicaux.

M. Lavirotte, trésorier, fait connaître la situation financière de l'Association, et donne toutes les explications utiles sur l'emploi des revenus de cette année.

M. Lucien Meynet, au nom de la commission des finances, approuve les comptes de M. le trésorier, et demande à l'assemblée un vote de remerciements bien mérité. Ce vote est acquis à l'unanimité à M. Lavirotte.

Le renouvellement par tiers et le remplacement des membres décédés font entrer dans la commission par le tirage au sort :

Pour la ville de Lyon : MM. Pernot, Drivon aîné, Perret, Z. Perrin.

Pour l'arrondissement de Lyon : MM. Dupuy (d'Oullins), Féa (de Saint-Cyr).

Pour l'arrondissement de Villefranche : MM. Armand neveu, Maffre, Bertier, Armand oncle.

Sont nommés suppléants :

Pour Lyon : MM. Marduel, Jules Levrat.

Pour l'arrondissement de Lyon : M. Gamet (de Givors).

Pour l'arrondissement de Villefranche : M. Piérou (de Chazay).

La discussion ouverte sur la création d'un syndicat au sein de l'Association se termine par un vote favorable à la presque unanimité des membres présents.

Académie des sciences et belles-lettres (concours 1885-86) Prix Dan de la Vauterie. — *De la conservation des pièces anatomiques*. Le prix est de 1,000 francs. Les mémoires devront être envoyés au plus tard le 31 décembre 1884.

— Le docteur Cabrol (de Bourbonne-les-Bains) vient d'être victime d'une attaque inattendue. Un cultivateur de Martinville (Vosges) amenait au docteur son fils, âgé de vingt-huit ans, qui avait parfois des accès d'aliénation mentale. A peine étaient-ils entrés dans son cabinet que des cris retentirent. Le fils aîné du docteur Cabrol accourut et vit son père renversé par terre, la figure ensanglantée. M. Léon Cabrol dégagea son père qu'il entraîna au dehors, et appela au secours. Un aide-major accourut à ses cris et tous deux, aidés du père du fou, réussirent à maintenir le forcené, qui, à cheval sur la croisée, les rouait de coups de poing. Les infirmiers de l'hôpital militaire arrivèrent et mirent au fou furieux la camisole de force. Il a été dirigé sur une maison de santé.

(Progrès médical.)

R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie. — On annonce la mort de M. le docteur Vaillant, ancien médecin inspecteur des armées et ancien président du conseil de santé.

— On annonce également la mort de M. le docteur Foucart, d'Anglure (Marne), conseiller général.

— Enfin on annonce de Marseille la mort du docteur Patras,

victime de son dévouement professionnel. L'inhumation a eu lieu le 30 juillet.

Le docteur Rampal, président du comité médical, a prononcé un discours sur la tombe.

« En venant, a-t-il dit, au nom du comité médical prendre la parole devant ce cercueil, je ne puis me défendre d'une émotion profonde.

« Jusqu'à ce jour, notre vaillante phalange avait eu quelques blessés, mais pas de mort.

« C'est Patras qui est la première victime ; le fléau l'a pris aux premiers rangs de la jeunesse et l'a trouvé aux avant-postes.

« Notre cœur est brisé ; mais cet immense malheur n'abat point nos courages, et vous continuerez à marcher avec énergie et résolution dans la voie du dévouement où Patras a péri. »

***

Faculté de médecine de Paris. — *Chaires vacantes.* — Dans sa dernière assemblée générale, la Faculté de médecine de Paris a dressé dans l'ordre suivant la liste de présentation des candidats aux chaires vacantes :

Chaire de pathologie chirurgicale : En première ligne, M. Lannelongue ; en deuxième ligne, M. Tillaux ; en troisième ligne, M. Ledentu.

Chaire de chimie : En première ligne, M. Gautier ; en deuxième ligne, M. Bouchardat ; en troisième ligne, M. Henninger.

Concours du clinicat. — *Clinicat médical.* — Le concours pour la nomination de trois places de chef de clinique médicale s'est terminé par la nomination de MM. Petit, Netter et Faisans, comme chefs de clinique titulaires ; de MM. Siredey, Bourcy et de Gennes, comme chefs de clinique adjoints.

Clinicat chirurgical. — A la suite du dernier concours, les candidats dont les noms suivent ont été nommés dans l'ordre de mérite suivant :

Chefs de clinique titulaires : MM. Picqué, Verchère, G. Marchand. — Chefs de clinique adjoints : MM. Guinard et Coudray.

Clinicat des maladies des enfants. Ont été nommés : M. Variot, chef de clinique titulaire ; M. Dauchez, chef de clinique adjoint.

Clinicat des maladies syphilitiques et cutanées. Le concours s'est terminé par la nomination de M. Bruchet, comme chef de clinique titulaire.

***

Faculté de médecine de Bordeaux. — Par arrêté du 14 juillet 1884, M. Perier, agrégé à la Faculté de médecine, a été nommé officier de l'instruction publique.

— MM. Moussous, professeur d'accouchement, et Viault, professeur d'anatomie générale et d'histologie à la Faculté de médecine, ont été nommés officiers d'académie.

Concours du Bureau central. — Le concours pour la nomination à trois places de médecins du Bureau central vient de se terminer par la nomination de MM. les docteurs Brissaud, Merklin et Faisans.

— Le concours du Bureau central en chirurgie vient de se terminer également. Ont été nommés : MM. les docteurs Campenon et Jalaguier.

Assistance publique. — Le conseil de surveillance, dans sa réunion du 24 juillet, a donné un avis favorable à l'admission des étudiantes en médecine, *externes* des hôpitaux, au concours pour l'internat.

— Par suite du décès de M. le docteur Moreau (de Tours), M. Falret, médecin à l'hospice de Bicêtre, passe à la Salpêtrière.

Conseil municipal de Paris. — M. Desprès dépose un projet de vœu relatif à l'envoi des pensionnaires vieillards et infirmes de Paris dans les hôpitaux et hospices de province où il y a des lits inoccupés.

Hôpitaux. — Le Conseil municipal de Paris a décidé, en cas d'épidémie cholérique, l'établissement de deux hôpitaux sous baraquements au nord et au sud de Paris, sur les glacis des fortifications mis à sa disposition par le ministre de la guerre.

Le premier sera construit entre la porte d'Aubervilliers et celle du canal Saint Denis et pourra comporter 200 à 300 lits avec les services généraux nécessaires.

Le second sera élevé entre la porte du chemin de fer de Sceaux et celle de Gentilly.

Les crédits nécessaires ont été immédiatement votés d'urgence par le Conseil.

— Dans la séance du 30 juillet, le Conseil municipal a voté un crédit de 8,064 francs pour l'établissement d'un four crématoire au cimetière du Sud ; ce four est destiné à l'incinération des détritus des hôpitaux.

— Dans la même séance, le Conseil a également adopté une proposition de M. Cochin, tendant à établir dans les hospices et hôpitaux une double canalisation, dans le but de séparer les eaux de rivière et les eaux de source, ces dernières devant être réservées à l'alimentation. Un crédit de 100,000 francs a été ouvert à cet effet.

— Enfin, le Conseil a approuvé l'installation de 180 lits dans le château de Brevannes, acquis récemment par l'Assistance publique.

Personnel médical des bureaux de bienfaisance. — En exécution de l'arrêté préfectoral en date du 15 février 1879, le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique a l'honneur d'informer MM. les médecins des VIe et XIe arrondissements que, le jeudi 14 août 1884, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin pour chacun de ces arrondissements.

Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

— Par arrêtés rendus le 15 juillet, M. le docteur Naudet (Antoine) est nommé médecin du bureau de bienfaisance du IIe arrondissement de Paris.

M. le docteur Saint-Martin (Adolphe-Jules) est nommé médecin du bureau de bienfaisance du XVIe arrondissement de Paris.

Hôpital de Boulogne-sur-Mer. — M. le docteur Aigre, ancien interne des hôpitaux, vient d'être nommé médecin-adjoint à l'hôpital Saint-Louis.

***

Conseil supérieur de l'instruction publique. — Dans la dernière séance de ce conseil, il a été déposé un projet d'arrêté tendant à supprimer dans l'épreuve de la thèse pour le doctorat en médecine les questions placées à la fin des thèses (rapporteur M. Tourdes), et un autre projet de décret supprimant l'épreuve écrite du cinquième examen de doctorat (rapporteur M. Béclard).

— La Chambre des députés a voté un crédit de 60,000 francs à M. Pasteur pour lui faciliter ses expériences sur la rage, lesquelles auront lieu à Villeneuve-l'Etang.

***

Société française de secours aux blessés. — Un décret du président de la République en date du 3 juillet 1884 réglemente le fonctionnement général de la Société française de secours aux blessés des armées de terre et de mer.

Corps de santé de la marine. — Par décret en date du 10 juillet

1884, M. de Nozcille (Pierre-Charles-Jean-Baptiste) a été nommé pharmacien principal.

***

Société de biologie. — *Prix E. Godard* (1884). — Le bureau de la Société de biologie rappelle aux personnes qui voudraient adresser des mémoires à la Société de biologie pour le prix E. Godard, que le terme du délai pour l'envoi de ces mémoires est fixé au 31 août 1884.

Les mémoires devront être adressés au siège de la Société de biologie, 14, rue de l'Ecole-de-Médecine, ou au docteur Dumontpallier, secrétaire général de la Société, rue Vignon, 24, à Paris.

Décès notifiés au bureau municipal de statistique de la ville de Paris du vendredi 18 au jeudi 24 juillet 1884.

Fièvre typhoïde 25. — Variole 1. — Rougeole 22. — Scarlatine 3. — Coqueluche 12. — Diphtérie, croup 31. — Dysentérie 0. — Erysipèle 1. — Infections puerpérales 1. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 52. — Phthisie pulmonaire 188. — Autres tuberculoses 14. — Autres affections générales 71 — Malformation et débilité des âges extrèmes 33. — Bronchite aiguë 12 — Pneumonie 48. — Athrepsie gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 163, — au sein et mixte 74. — Inconnu 11. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 100. — de l'appareil circulatoire 54. — de l'appareil respiratoire 34. — de l'appareil digestif 54 — de l'appareil génito-urinaire 22. — de la peau et du tissu lamineux 6. — des os, articulations et muscles 4. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 1. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 2. — Morts violentes 19. — Causes non classées 7. — Total de la semaine : 1062 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

De la phthisie bacillaire des poumons (Médecine clinique), par le professeur G. Sée et le docteur Labadie-Lagrave. Un volume in-8 avec deux planches en chromo-lithographie. — Prix : 11 fr. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

De la douleur physique et morale au point de vue physiologique et pathologique, par le docteur Saintoval. Un volume in-18. — Prix : 3 fr. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Etude clinique et expérimentale sur l'acétonémie, par le docteur de Gennes. Un volume in-8 de 95 pages. — Prix : 2 fr. 50 — Paris, librairie Octave Doin, place de l'Odéon.

De la spermatorrhée, par le docteur A. Malécot, ancien interne des hôpitaux de Paris. Un volume in-8 de 140 pages. — Prix : 3 fr. — Paris, librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon.

La Nature vivante de la contagion. — Contagiosité de la tuberculose. Leçons de pathologie comparée faites au Muséum d'histoire naturelle, par H. Bouley, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, inspecteur général des Ecoles vétérinaires, etc. Un beau volume in-8. — Prix : 8 fr. — Paris, Asselin et Cie, libraires de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;

Membres : MM. les Drs **J. GRANCHER, S. POZZI, ALBERT ROBIN**;

Secrétaire : M. le Dr **E. BICKLIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

CHIRURGIE PRATIQUE

SYPHILIS ET TRAUMATISME, par LUCIEN PICQUÉ.

Les rapports de la syphilis et du traumatisme sont aujourd'hui bien connus : en 1875, notre excellent ami M. le docteur Petit, dans une thèse remarquée, indiquait nettement ces rapports (1). Depuis, la doctrine des lieux de moindre résistance, si clairement établie par M. le professeur Verneuil et par ses élèves, a fourni à la question qui nous occupe des arguments directs et indirects ; la question est donc aujourd'hui résolue. Il nous a cependant paru intéressant à titre de document de publier les deux observations suivantes, que nous avons recueillies pendant la durée de notre clinicat à l'hôpital de la Charité.

(1) Voir : *De locis minoris resistentiæ* (GAZ. HEBD., 1875, p. 706). *De la syphilis dans ses rapports avec le traumatisme* (Thèse inaugurale. Paris, 1875).

Voici ces deux observations :

Première observation. — SYPHILIDES ULCÉREUSES DE LA JAMBE PROVOQUÉES PAR UN TRAUMATISME.

Le nommé Bohie (Ernest), âgé de 21 ans, cocher, entre le 3 août 1882 salle Sainte-Vierge, n° 27, dans le service de M. Berger.

Comme antécédents, nous relevons un chancre induré de la verge il y a trois ans, diagnostiqué et traité par M. Mauriac au Midi. Pas d'accidents consécutifs, au dire du malade, sauf, il y a six mois, des syphilides ulcéreuses de la jambe gauche, dont on voit encore aujourd'hui les cicatrices.

Commémoratifs. — Samedi dernier, le malade est tombé et la région du tibia a frotté contre le marchepied d'une voiture, d'où la production d'éraflures superficielles auxquelles le malade n'a pas porté attention. Aucun pansement ne fut appliqué sur les plaies, qui depuis trois jours sont au contact de son pantalon.

Etat actuel. — Sur la face interne du tibia droit, on trouve trois ulcérations présentant les caractères suivants : l'inférieure située à la partie moyenne de la jambe, présente les dimensions d'une pièce de 2 francs; sa forme est arrondie, le centre couvert d'une croûte peu épaisse, laissant voir par transparence la surface rouge du derme dénudé; l'ulcération est entourée d'une collerette jaunâtre formée d'une série de phlyctènes contenant une sérosité jaunâtre ; il s'écoule sous la croûte comme une sérosité gommeuse.

Au-dessus, à deux travers de doigt et sur la même ligne verticale, on voit une ulcération présentant les mêmes caractères; elle a une forme un peu allongée, obliquement dirigée de bas en haut et de dehors en dedans, et des dimensions moindres.

Enfin au niveau de la tubérosité antérieure du tibia existe une petite ulcération, allongée verticalement, surmontée d'une croûte de même nature que les précédentes, mais non entourée d'une collerette phlycténulaire.

FEUILLETON

DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE.

I. Histoire de la fontaine de l'Etuvée, par le docteur Charpignon, Orléans, 1883, in-8. — II. Die Franzosen und die Entdeckung des Blutkreislaufs, par M. le pasteur Henri Tollin. VIRCHOW'S ARCHIV FÜR PATHOLOGIE ANATOMIE, t. XCIV, 1883. — III. (a) Récolement des archives de l'administration générale de l'Assistance publique qui ont échappé à l'incendie de mars 1871. — (b) Archives de l'Hôtel-Dieu, publiées par L. Brièle, archiviste de l'administration. Paris, 1876-83, vol. in-8° et in-4°. — IV. Les archives de la Société de médecine de Paris de l'an IV (1796) à nos jours, aperçu historique, par le docteur Rougon. Paris, 1882, in-8.

I. Un érudit confrère d'Orléans, M. le docteur Charpignon, à qui l'on doit d'avoir fixé à Orléans même Genabum tant cherché, vient de restituer à l'histoire locale de sa ville natale, un nouveau détail qui nous intéresse. Il s'agit des thermes de Genabum, à peine soupçonnées par les historiens modernes. La déesse Acionna s'est trouvée là, comme ailleurs, une divinité bienfaisante, et c'est plaisir de voir notre confrère suivre sous terre, en allant voir ses malades d'aujourd'hui, les traces des malades d'autrefois. Son travail intéressant est à joindre à ses curieuses notice sur *l'Assistance publique*, les *Maîtres en chirurgie de la ville d'Orléans*, l'*Etude sur l'opération de la taille*, le *Serment d'Hippocrate*, etc., etc.

II. L'on sait que l'histoire de la circulation du sang a donné lieu, ces temps derniers, à une polémique fort courtoise d'ailleurs, entre les quelques médecins qui, en Europe, s'occupent avec autorité de l'histoire médicale. Des savants, en apparence étrangers à notre art, se sont joints à nous, et, parmi ceux qui ont le plus souvent et le mieux traité la question, il faut compter M. le pasteur Tollin, qui, depuis bien longtemps sur la brèche, combat pour les droits de Servet contre Colombo et consorts. M. Tollin a déjà publié bon nombre de notices marquées au coin d'une saine érudition; l'on sent qu'il possède et entend très bien la question et, pour ma part, je suis depuis longtemps de son avis, c'est-à-dire pour Servet. J'aurai prochainement l'occasion d'entretenir nos

Ces trois ulcérations se trouvent placées sur une zone de tégument de 5 centimètres de large, ayant toute la hauteur de la jambe, et qui est le siège d'une rougeur lymphangitique sans bourrelet. Sur le reste du membre, on voit des cicatrices jambonnées, arrondies, minces, au nombre de 3, sur la face externe.

Sur la cuisse du même côté existe une éruption d'ecthyma croûteux. Quelques croûtes sont dures, épaisses et foncées; d'autres sont minces et forment de vraies écailles blanchâtres.

Du même côté, on constate l'existence de quelques ganglions peu saillants, douloureux à la pression. Du côté opposé, on trouve une croûte sur la face interne de la jambe; quelques cicatrices de même nature sur la jambe et la cuisse.

Un peu d'engorgement ganglionnaire à l'aine.

Examen général. — Au cou existe un ganglion cervical postérieur du côté droit; il n'y a ni croûtes dans les cheveux ni alopécie. On observe quelques papules sur la tempe gauche, et dans le nez; des boutons petits à aspect papuleux sur la partie antérieure du thorax.

An poignet droit, on voit cinq ou six cicatrices de même nature que celles des membres inférieurs.

Il n'existe pas de lésion viscérale.

En résumé, on observe aux membres inférieurs une éruption de syphilides ulcéro-crustacées d'origine probablement ecthymateuse, c'est-à-dire pustuleuse, car l'on sait combien est rare la bulle du rupia.

Comme traitement, on prescrit les onctions mercurielles et l'iodure de potassium à la dose de 4 grammes.

Les plaies sont recouvertes de bandelettes de Vigo.

Dès le 7 août, les plaies sont complètement détergées; le fond est rouge et présente des bourgeons de bonne nature.

Pansement au vin aromatique.

Le malade sort le 25, complètement guéri.

Deuxième observation. — Contusion de la cuisse avec plaie. — Périostite syphilitique consécutive.

Le nommé Clerc (François), âgé de quarante-deux ans, palefrénier, entre le 18 novembre 1882 salle Sainte-Vierge, no 7, dans le service de M. Berger à la Charité.

Comme antécédents, nous relevons un chancre induré diagnostiqué à Saint-Louis.

Le traitement fut suivi pendant peu de temps et le malade ne se souvient pas des accidents de la période secondaire.

Actuellement, nous ne relevons aucune trace de syphilis.

Commémoratifs. — Le malade raconte qu'il a reçu il y a treize jours sur la partie antérieure du fémur un coup de pied de cheval qui a provoqué des douleurs vives et une fièvre modérée.

Etat actuel. — Au niveau de la partie antérieure et moyenne de la cuisse existe une petite plaie circulaire, profonde, à bords taillés à pic. Le malade raconte qu'avant il existait une substance noirâtre qui s'est détachée la veille de l'entrée à l'hôpital; d'où nous pourrions admettre, sur cette affirmation du malade, la production d'une eschare primitive dont la chute aurait donné lieu à la plaie actuelle.

Autour de cette plaie et dans une étendue de deux à trois travers de doigt existe une angioleucite réticulaire avec tuméfaction prononcée et adhérence de la peau aux tissus sous-jacents.

La plaie semble elle-même adhérente au fémur.

Pas d'adénite inguinale.

Il y a une notable gène de l'extension de la jambe sur la cuisse.

La première hypothèse vraisemblable est celle d'un hématome enflammé, et il est difficile actuellement de dire s'il existait primitivement dans le triceps, le tissu cellulaire profond ou le périoste. Quoi qu'il en soit, M. Berger admet l'existence d'une périostite limitée.

Traitement par les cataplasmes.

Le 20 novembre, on constate un peu d'épanchement dans le genou, probablement produit par le mécanisme de la transsudation qu'a indiqué notre excellent maître dans sa thèse inaugurale.

Le 23, la périostite s'est un peu étendue. En raison de son indolence et aussi de son extension, M. Berger admet une périostite syphilitique et l'explique par une gomme du périoste qui se serait produite sous l'influence du traumatisme.

Le 27, l'iodure de potassium est prescrit à la dose de 4 grammes.

Dès le 30, il se produit une légère amélioration qui augmente chaque jour pour ainsi dire à vue d'œil.

Le malade sort complètement guéri le 29 décembre.

Le diagnostic de M. Berger se trouvait donc parfaitement confirmé par le résultat du traitement.

Comme on a pu le voir par la lecture de ces deux observations, nous avions affaire à deux syphilitiques : chez le premier, les accidents étaient récents, et le traumatisme donna lieu rapidement à des syphilides ulcéreuses qui guérirent facilement par le traitement; chez le deuxième malade, la syphilis est plus ancienne : ce ne sont plus des accidents cutanés syphilitiques, mais bien un accident tertiaire, une gomme périostale, lente à se produire, qu'engendre le traumatisme, mais qui guérit rapidement aussi par un traitement approprié.

---

lecteurs de ce sujet palpitant d'intérêt, et n'oublierai pas de citer tous les travaux antérieurs de l'auteur. Tous méritent d'être signalés à l'attention des érudits.

III. M. L. Brièle aura attaché son nom à un ouvrage considérable des plus utiles, publiés, en ce siècle, dans le département des archives historiques. Il faut être du métier — que l'on me permette l'expression — pour comprendre la somme de patience et de labeurs, l'ensemble des connaissances qu'il faut posséder, pour entreprendre un travail de ce genre. Il faut s'occuper de recherches historiques pour apprécier quels services constants doit rendre un inventaire de cette nature, et l'on peut dire que plus d'un point de l'histoire de la médecine à Paris ne saurait être traité à fond sans la lecture et l'interprétation des documents inventoriés par M. L. Brièle.

Le déplorable incendie de 1871 n'a pas détruit heureusement toutes nos archives hospitalières. Grâce aux soins et au zèle de M. Brièle, douze grandes caisses de pièces et de registres furent descendues, après septembre 1870, dans les caves de l'Hôtel de Ville, et c'est là qu'elles furent retrouvées par leur dévoué conservateur, après que le feu eut mis à néant les bâtiments de l'Assistance publique et ceux de l'Hôtel de Ville même.

Vingt et un fonds d'archives sur vingt-huit, ont été entièrement détruits. Sept ont été sauvés, savoir ceux de l'Hôtel-Dieu, l'hôpital Saint-Jacques-aux-Pèlerins, l'Hôpital général, les Enfants trouvés, les Enfants rouges, le Saint-Esprit-en-Grève.

C'est l'inventaire des documents relatifs aux fonds sauvés, que se propose de publier l'administration, grâce à la diligence de leur propre sauveur, et il suffit de jeter un coup d'œil sur les fascicules déjà parus pour se rendre compte de l'intérêt qui s'attache à la connaissance de toutes ces pièces.

Quant aux trois volumes imprimés de l'inventaire général dont les exemplaires ont été détruits, l'on pourra les réimprimer à l'aide d'exemplaires distribués dehors, et l'on n'aura plus qu'à regretter que l'incendie n'ait pas épargné ces vieux parchemins.

M. Brièle, dont l'obligeance est bien connue, aura toujours droit à la reconnaissance des chercheurs.

IV. Je ne me flatte pas que ma demande, plusieurs fois réitérée aux sociétés savantes, de nous donner l'inventaire de leurs archi-

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Luxation en haut et en avant de l'extrémité interne de la clavicule, par le docteur Paul Fabre (de Commentry).

Les luxations de l'extrémité interne de la clavicule s'observent trop rarement pour que l'on ne considère pas comme un devoir de rapporter les faits que l'on a en l'occasion de voir et de soigner.

Ici il s'agit d'une luxation en avant et en haut, variété que M. Polaillon dit n'avoir jamais été observée jusqu'en 1875, jusqu'au moment où a paru son article *Clavicule* du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* de Dechambre.

Le nommé B..., Gilbert, âgé de 18 ans, domicilié à Commentry, est voiturier au puits de l'Ouest. Le 23 mai, à 2 h. 15, il conduisait un train de dix wagonnets vides traînés par un cheval; il devait laisser cinq wagonnets en route; se tenant à gauche du train; il engagea son bras droit entre la cinquième et la sixième benne; mais, avant que les dernières bennes ne fussent décrochées, elles vinrent heurter l'omoplate droite et le moignon de l'épaule correspondante de B..., Gilbert, qui furent fortement contusionnés, tandis que d'autre part l'épaule gauche heurtait par la face antérieure contre le parement de la galerie.

B... G... est amené de suite à l'hôpital; je constate une luxation en haut et en avant de l'extrémité interne de la clavicule, la surface articulaire faisant saillie au-dessus et en avant de la fourchette sternale, entre les insertions inférieures des deux muscles sterno-cléido-mastoïdiens. La distance de la fourchette sternale à l'acromion était diminuée du côté droit de près de deux centimètres et la surface articulaire de la clavicule faisait saillie sous la peau. Je tentai immédiatement une réduction qui fut rendue impossible par la résistance et les violents efforts d'un jeune homme fortement musclé. Je pris le parti d'aller chercher main forte et une heure et demie après, à 4 h. 45, aidé du docteur Meillet, je procédai à une réduction. La simple abduction en dehors et en arrière du bras droit n'amenait qu'une réduction fort incomplète; nous nous décidâmes, en faisant asseoir Gilbert B... sur le lit, à faire une double contre-extension; le docteur Meillet tirait en arrière sur le bras droit, un infirmier vigoureux tirait le bras gauche également en arrière et en dehors, et tandis qu'une troisième personne maintenait B.. assis, j'embrassai sa nuque avec mon bras gauche et de mon pouce droit j'appuyai fortement en bas et un peu en arrière.

La réduction fut rapide et très complète.

Pour maintenir cette réduction d'une extrémité osseuse qui avait brisé la capsule articulaire, nous avons mis un coussin dans l'aisselle droite et nous avons fait, en plaçant des pelotes au-devant du sternum, un pansement contentif, analogue à l'appareil de Desault pour les fractures de la clavicule. Notre jeune homme avait entre les épaules un coussin saillant et son bras droit était maintenu par une écharpe. Le lendemain matin, un épanchement considérable masquait la face antérieure du sternum et du cou. Le surlendemain, des ecchymoses violacées apparaissaient, qui deux jours après commençaient à passer par le bleu verdâtre bientôt remplacé par la teinte jaune.

J'avais consigné le patient au lit lorsque le 28 je le trouvai levé.

La réduction s'était maintenue dans son intégrité. Je le condamnai de nouveau au lit, me proposant de lui appliquer un appareil contentif plus solide avant de le laisser marcher. Mais le 30 mai le jeune homme, fatigué de rester au lit, quittait l'hôpital sous prétexte d'aller voir sa mère.

Le 4 juin, je constatai que la réduction ne s'était pas démentie. Gilbert B... était porteur d'une petite pelote maintenue par des boucles et des liens qui fixaient à sa place l'extrémité interne de la clavicule.

Remarques. — 1° Le mode de production de la luxation diffère de ce que disent les classiques du mécanisme de la luxation en avant. D'après Follin et Duplay, « les causes déterminantes sont : une chute sur le moignon de l'épaule, et toutes les violences qui ont pour effet de porter fortement les épaules en arrière, et par conséquent de faire saillir en avant l'extrémité interne de la clavicule, d'où résultent la distension et la déchirure des ligaments antérieurs ».

Dans le cas de B.... G...., il y a eu au contraire propulsion violente en avant de l'omoplate droite et de toute l'épaule du côté correspondant à la clavicule luxée, et en même temps propulsion de l'épaule gauche en arrière.

2° Faut-il attribuer un mécanisme spécial de la luxation que nous avons observée le fait exceptionnel de la luxation sus-sternale? Cela nous paraît vraisemblable.

3° Le mode de réduction qui nous a réussi n'est pas indiqué par les auteurs, ce qui ne saurait surprendre lorsqu'on se remet en mémoire les conditions particulières de notre observation.

4° Le maintien de la réduction qui persiste depuis quinze mois (juin 1884) nous paraît également mériter l'attention,

---

ves, soit suivie d'effet aussi promptement qu'il serait désirable; cependant l'on a vu que plusieurs d'entre elles se sont exécutées. M. Rougon vient de lire à la Société de Paris une notice assez étendue sur ses archives. L'on y assiste à l'histoire même de cette compagnie. La Convention avait supprimé d'office toutes les sociétés savantes. Quelques membres de l'ancienne Société de médecine et de l'Académie de chirurgie, parmi lesquels Descemet, Fourcy, Sédillot, Percy, Brasdor, Vauquelin, Sue, Portal, Andry, Leveille, etc., pétitionnent pour demander, au nom de la constitution de l'an III qui autorise les sociétés libres, l'autorisation de fonder une société de médecine qui s'appela d'abord *Société de santé de Paris* afin de mieux affirmer, dit Sédillot, l'union de la médecine, de la chirurgie et des sciences physiques, ce qui n'empêcha pas, rien qu'un an après, la *Société de santé*, de substituer à ce titre celui de *Société de médecine*, incident qui prouve bien que la constance n'est pas de ce monde. Le premier numéro du recueil mensuel de la Société de médecine parut aussitôt; il ne se publiait plus alors de journal de médecine à Paris. Elle joignit encore à ses divers travaux l'établissement de consultations médicales gratuites. Elle eut ses séances solennelles, et, le 22 pluviôse an VIII, les citoyens Sédillot aîné, Sue aîné et Giraud étaient délégués pour recevoir les citoyens administrateurs du département qui leur faisaient l'honneur d'assister à la séance. De même que les sociétés supprimées, elle alla présenter ses hommages au chef de l'Etat, c'est-à-dire au premier consul, et ce fut sur son invitation, qu'elle s'occupa quelque peu de la défense des intérêts professionnels et de la répression du charlatanisme. Elle ne manqua pas d'énergie et protesta vivement, en thermidor an XI, contre l'arrestation d'un de ses membres, Rousselle-Chamseru.

En résumé, M. Rougon a écrit une page d'histoire médicale intéressante et il faut espérer qu'il trouvera des imitateurs.

Dr A. Dureau.

d'autant plus que B... G... a repris ses occupations et se sert aussi bien du bras droit que du bras gauche.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Ethérisation par la voie rectale.

I. NOTE SUR L'ÉTHÉRISATION PAR LA VOIE RECTALE, par M. DANIEL MOLLIÈRE, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de Lyon (1). — II. ETHÉRISATION PAR LE RECTUM, par ABNER POST (2). — III. APPLICATION DES ANESTHÉSIQUES PAR LA VOIE RECTALE, par T. BULL, SHRADY, JAMES HUNTER, ROBERT WEIR (3). — IV. ETHÉRISATION PAR LA VOIE RECTALE, par M. J. BŒCKEL (4). — V. ETHÉRISATION PAR LE RECTUM SUIVANT LE PROCÉDÉ PIROGOFF, par le professeur STARCKE (5). — VI. DE L'ANESTHÉSIE CHIRURGICALE PAR LES INJECTIONS RECTALES DE VAPEUR D'ÉTHER, par le docteur O. WANSCHER (6). — VII. NOTE CONCERNANT L'ANESTHÉSIE PAR LA VOIE RECTALE, par le professeur ADELMANN (7). — VIII. NOTE SUR L'ANESTHÉSIE RECTALE, par M. A. PONCET (8). — IX. ETHÉRISATION PAR LA VOIE RECTALE, par M. DELORE (9). — X. NOTE SUR L'ANESTHÉSIE PAR LE RECTUM, par M. DUBOIS (10). — XI. NOTE SUR UN NOUVEAU PROCÉDÉ D'ANESTHÉSIE PAR L'ÉTHER, par M. A. REVERDIN (11).

I. M. DANIEL MOLLIÈRE, le distingué chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, à la suite d'une conversation récente qu'il a eue dans son service avec le docteur Axel Yversen (de Copenhague), a été amené à recourir à l'éthérisation par la voie rectale pour les opérations à pratiquer sur la face et dans les cavités environnantes. Il donne quelques détails sur six opérations pratiquées avec le secours de ce mode d'anesthésie. Sa conclusion est « que l'anesthésie par la voie rectale est appelée à rendre de grands services. Elle supprime la période d'excitation. Elle permet de doser strictement la quantité d'éther administré. Elle réduit à son minimum cette quantité. Elle laisse la place libre au chirurgien pour les opérations qui se pratiquent sur la face. L'inspiration de l'éther, ajoute M. Mollière, est odieuse pour bien des patients. Ils en seront affranchis de la sorte. »

Le *modus faciendi* est des plus simples : pour obtenir une anesthésie profonde avec une dose d'éther très faible, il suffit d'introduire dans le rectum un tube de caoutchouc que l'on met en rapport avec un flacon d'éther plongé dans un récipient contenant de l'eau à 40 ou 60 degrés. Par dose très faible, M. Mollière entend une quantité d'éther équivalant à 10 grammes au maximum. Le temps nécessaire pour plonger le patient dans une anesthésie est profonde de 10 à 20 minutes.

II. Incité par la publication du travail de M. Mollière, M. Post a employé l'anesthésie par le rectum chez trois sujets affectés : l'un d'un phlegmon du bras, un autre d'une tumeur hémorroïdaire. Chez tous les trois, la période d'excitation a été notablement atténuée et les vomissements moins prononcés. Toutefois, chez le second patient, les vapeurs d'éther pénétrèrent dans l'intestin en si grande quantité et distendirent l'estomac à un tel point, que la respiration en devint embarrassée; il a suffi d'ailleurs de presser sur le ventre du sujet pour provoquer l'expulsion du gaz par le bas.

Dans une note additionnelle, M. Post modifie dans une certaine mesure ses appréciations premières, en s'inspirant des résultats observés chez d'autres sujets : l'anesthésie, chez l'un ou l'autre sujet délicat, a été assez profonde pour donner de l'inquiétude; les malades ont été fort longtemps à se réveiller.

III. TH. BULL, après avoir rappelé les observations de M. Mollière, rend compte de ses propres résultats chez 17 sujets qu'il a anesthésiés en leur injectant de l'éther dans le rectum. Chez la plupart de ces malades, les injections d'éther ont développé du météorisme, sans douleur; 7 d'entre eux ont été pris d'une diarrhée séreuse profuse; chez deux sujets, les évacuations diarrhéiques étaient mélangées de sang. Cette diarrhée n'était accompagnée ni de douleur ni de ténesme, et elle s'arrêtait spontanément. Néanmoins Bull estime que chez les jeunes sujets délicats elle pourrait entraîner la mort par collapsus, et il croit devoir prémunir contre les dangers éventuels de l'éthérisation par le rectum, qui ne saurait selon lui remplacer la méthode des inhalations, mais seulement la compléter. Bull a constaté que la période d'excitation n'est pas supprimée dans tous les cas, qu'il faut plus de temps (10 à 20 minutes) pour obtenir l'anesthésie complète. Par contre, Bull reconnaît que pour obtenir ce résultat il faut une quantité d'éther moindre (3 à 5 onces), et que l'on épargne aux malades le désagrément qui résulte de l'odeur désagréable de l'éther et les suffocations.

M. SHRADY a pratiqué l'anesthésie par le rectum chez cinq sujets, et il confirme ce que M. Mollière a dit des avantages de ce mode d'anesthésie. Pendant l'éthérisation, les malades ne vomissaient qu'autant qu'ils avaient mangé peu de temps avant d'être endormis. A leur réveil, ils n'éprouvaient point de malaise et ils n'étaient pas pris de vomissements; M. Shrady n'a pas non plus observé de symptômes dénotant une irritation de l'intestin par l'éther injecté en vapeur.

M. James Hunter rapporte 6 cas d'éthérisation par le rectum qui plaident en faveur de ce procédé d'anesthésie. Par contre, M. Robert Weir a vu un malade succomber à la suite de l'emploi de ce mode d'éthérisation; il s'agit d'un enfant de huit mois que M. Weir a opéré d'un bec-de-lièvre. Pour ce faire, il a eu recours à l'éthérisation par la voie rectale. Vers la fin de l'opération, le dégagement des vapeurs d'éther dans le rectum se fit avec trop d'activité, par suite de l'échauffement du liquide; le ventre du petit malade se ballonna. La quantité totale d'éther dépensé fut de deux onces(!) Pour rappeler l'enfant à lui, on dut faire emploi de stimulants. Pendant la nuit qui suivit, il eut plusieurs selles sanguinolentes, et le lendemain matin il succombait. M. Weir attribue l'issue fatale au mode d'anesthésie employé.

IV. M. J. BŒCKEL a fait sur l'éthérisation par la voie rectale une communication à la Société de médecine de Strasbourg, dont une analyse a paru dans le COMPTE RENDU GÉNÉ-

(1) LYON MÉDICAL, 1884, no 3, 30 mars 1884.
(2) BOSTON MED. AND SURG. JOURNAL, 8 mai 1884.
(3) THE MEDICAL RECORD, 3 mai 1884.
(4) GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG, 1884, n° 6.
(5) BERLINER KLIN. WOCHENSCHRIFT, 1884, n° 28.
(6) COURRIER MÉDICAL, 24 juin 1884.
(7) CENTRALBLATT FÜR CHIRURGIE, 1884, no 31 (2 août).
(8) LYON MÉDICAL, 1884.
(9) JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS, 1884, n° 16.
(10) COMPTES RENDUS DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE, séance du 10 mai 1884.
(11) REVUE MÉDICALE DE LA SUISSE NORMANDE, 1884, n° 6.

RAL DES ACADÉMIES ET DES SOCIÉTÉS MÉDICALES (n° 17). Cette note était conçue dans les termes suivants : « Au bout de trois minutes, le sujet accuse généralement une douleur plus ou moins vive dans l'abdomen ; bientôt après, son haleine exhale une forte odeur d'éther ; au bout de cinq minutes, il est insensible, sans avoir passé par la période d'excitation. On peut alors faire l'opération projetée, sans que le malade ressente la moindre douleur. Le réveil est rapide et s'accompagne d'une véritable ivresse gaie, qui dure de cinq à dix minutes. L'anesthésie fut menée à bonne fin chez trois malades ; chez le quatrième, l'anesthésie obtenue s'accompagna d'une cyanose de la face, avec injection des yeux, face vultueuse, insensibilité absolue de la conjonctive, pupilles contractées, qui inspirèrent quelque crainte pendant quelques secondes. Chez cette dernière seule survinrent des vomissements, tandis que chez les trois premières ils firent entièrement défaut. Cette méthode, conclut M. Bœckel, pourra rendre des services dans les opérations qui se pratiquent sur la face, dans l'intérieur de la cavité buccale. »

V. M. STARCKE a employé l'éthérisation par la voie rectale chez un homme auquel il se disposait à enlever une glande sous-maxillaire. Les choses, au début, marchaient à souhait. Au bout de deux minutes, l'haleine du sujet répandait une forte odeur éthérée ; au bout de quatre minutes, le patient battait des paupières comme un homme qui est sur le point de s'endormir ; la face était injectée, couverte d'une sueur chaude et abondante. La respiration était calme (28) ; le pouls, régulier, alla en diminuant de fréquence (de 106 à 60). Huit minutes et demie après le début de l'éthérisation, le patient se souleva brusquement, fit quelques mouvements désordonnés, mais se calma bientôt, après qu'on lui eut fait respirer quelques gouttes de chloroforme. L'anesthésie paraissait être complète. L'opérateur traça une incision cutanée. Aussitôt le patient se souleva de nouveau d'un bond, les yeux entr'ouverts et en se plaignant par des cris que son ventre allait éclater. L'attention fut de la sorte attirée du côté de l'abdomen, qui était ballonné au plus haut degré. On suspendit les injections d'éther dans le rectum, et M. Starcke se hâta d'achever l'opération, le patient étant retombé dans une narcose profonde. L'opération était terminée 24 minutes après le début de l'éthérisation. Le patient continuait de dormir d'un profond sommeil, ne réagissant contre aucune excitation ; sa cornée était d'une insensibilité parfaite. On lui introduisit un tube de caoutchouc dans le rectum pour procéder à l'évacuation des vapeurs d'éther retenues dans l'intestin, et en même temps on favorisa l'élimination de l'éther, par les voies respiratoires en comprimant les parties latérales du thorax pendant les mouvements d'expiration. Le malade dormit encore durant 25 minutes après l'opération, et pour le réveiller il fallut lui faire respirer de l'ammoniaque. Pendant un espace de temps assez court, il fut ensuite en proie à une agitation désordonnée. Dans l'après-midi, il eut quelques vomissements ; puis il dormit d'un sommeil calme. L'odeur éthérée de l'haleine persista pendant plusieurs heures. Le lendemain, il fallut remédier par des lavements à une constipation opiniâtre. Le malade eut plusieurs selles sanguinolentes.

Incidemment M. Starcke fait remarquer que sous l'influence de l'éther les contractions cardiaques se sont considérablement ralenties ; ce serait donc à tort qu'on attribue aux injections sous-cutanées d'éther la propriété de stimuler le cœur et de relever l'action défaillante de cet organe. M. Hayem, en France, avait déjà soutenu cette thèse.

VI. M. O. WANSCHER a employé l'éthérisation par la voie rectale chez 22 sujets ; ce mode d'anesthésie lui a paru si parfait qu'il considère comme un service à rendre de le tirer de l'oubli, non comme un moyen habituel d'anesthésie, mais comme pouvant dans beaucoup de cas remplacer avantageusement, pour le malade et pour le chirurgien, la méthode d'anesthésie par inhalation. M. Wanscher décrit en détail les phénomènes qu'on observe à la suite des injections de vapeurs d'éther dans le rectum. Comme l'avait fait Starcke, il revendique en faveur du chirurgien russe Pirogoff le mérite d'avoir employé pour la première fois, il y a près de quarante ans, les injections d'éther dans le rectum pour les besoins de l'anesthésie chirurgicale.

VII. La note de M. ANELMANN a uniquement pour but de revendiquer en faveur de Pirogoff la priorité en question.

VIII. M. PONCET a employé cinq fois l'éthérisation par la voie rectale et les résultats qu'il a obtenus tranchent singulièrement avec ceux que nous venons de faire connaître. Une fois l'anesthésie a été normale, c'est-à-dire n'a entraîné aucun accident ; l'insensibilité a été obtenue après quinze minutes. Deux fois l'éthérisation rectale dut être abandonnée (au bout de 10 et 6 minutes (!) à cause du résultat négatif obtenu. Dans un quatrième cas, le sommeil se prolongea deux heures et demie après l'opération. Enfin, dans le cinquième cas, l'éthérisation rectale donna lieu aux accidents les plus graves ; pendant vingt minutes, le sujet — une femme de trente-sept ans, opérée pour un carcinome du sein — resta en état de mort apparente, et il fallut pendant tout ce temps pratiquer la respiration artificielle, recourir à la flagellation, aux frictions énergiques sur les membres, pour l'arracher à une mort certaine. M. Poncet conclut que l'éthérisation par le rectum lui paraît devoir être abandonnée, comme étant un procédé d'anesthésie souvent infidèle, qui présente en outre des dangers plus grands que le mode habituel d'éthérisation. Les expériences qu'il a faites sur des lapins et sur des chiens l'ont conduit à cette autre conclusion que l'absorption des vapeurs d'éther dans l'intestin est influencée par des circonstances très multiples et se fait avec une grande irrégularité, qu'il faut s'attendre dès lors à ce que l'éthérisation rectale produise des résultats variables d'un sujet à l'autre.

M. Poncet traite également le côté historique de la question. Il rappelle que le chirurgien français Roux (COMPTES RENDUS DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES, 15 février 1847) paraît avoir le premier songé à recourir à l'éthérisation par le rectum dans la pratique chirurgicale. Seulement Roux proposait les injections d'éther liquide. Or, comme le démontrait vers la même époque M. Vincente y Ibedo (GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, 1847, p. 317) par des expériences sur des lapins, à petites doses, l'éther injecté dans le rectum à l'état liquide ne produit pas l'anesthésie, et met la vie de l'animal en danger à hautes doses. Cette même année, Marc Dupuy faisait connaître dans sa thèse inaugurale (Paris, 1847) les résultats d'expériences consistant à injecter à des animaux dans le rectum un mélange d'eau et d'éther ; il put de la sorte obtenir une anesthésie complète. Mais il résultait de ses injections une irritation assez vive de la muqueuse rectale.

Pirogoff (1) le premier a eu recours aux injections de *capeurs* d'éther dans le rectum pour obtenir l'anesthésie chirurgicale. La lecture de son *Voyage médical au Caucase* (Saint-Pétersbourg, 1848 (2) laisse même supposer qu'il a employé ce procédé d'anesthésie bien avant que Roux n'eût proposé l'emploi des injections d'éther *liquide*. A la même époque, Adelmann s'est occupé également de l'éthérisation par la voie rectale dans un mémoire ayant pour titre : *De l'éthérisation par les autres voies que par les poumons* (in von WALKER UND VON AMMON. JOURNAL FÜR CHIRURGIE, t. VIII, fasc. 2, 1848).

IX. M. DELORE a employé l'éthérisation par la voie rectale dans le but d'obtenir une résolution complète pour réduire une sub-luxation du coude en avant avec fracture intra-articulaire de la trochlée humérale, chez une femme de quarante ans. L'anesthésie était complète au bout de onze minutes. « Mais à ce moment la femme fut prise de contractures, la face se congestionna, les lèvres se crispèrent et la respiration se suspendit pendant un temps qui parut fort long à tous les assistant. Néanmoins le pouls resta assez bon. » M. Delore retira immédiatement la canule du rectum et pratiqua, sans résultat, la respiration artificielle et la fustigation. Il réussit à rétablir la respiration, en déprimant la langue à l'aide d'une cuiller introduite profondément dans la bouche; 20 grammes d'éther avaient été vaporisés. M. Delore profita de l'insensibilité pour fléchir l'avant-bras et le maintenir à angle droit au moyen d'un bandage silicaté. Malgré les incidents survenus dans ce cas, M. Delore reste convaincu « que l'anesthésie par la voie rectale est une véritable conquête dont la chirurgie est appelée à bénéficier largement, dès que l'expérience aura suffisamment appris le meilleur mode de dosage et d'administration. »

X. On a vu per ce qui précède, qu'un des inconvénients reconnus à l'éthérisation par la voie rectale est de plonger le patient dans un sommeil profond, qui se prolonge souvent outre mesure. C'est donc à tort que M. Dubois prétend qu'administrées par la voie rectale « les vapeurs d'éther peuvent déterminer une anesthésie malheureusement incomplète chez l'homme et tout à fait insuffisante chez le chien, l'élimination par le poumon étant probablement aussi rapide que l'absorption par l'intestin ». Là-dessus M. Dubois, à l'instigation de M. P. Bert, a entrepris des expériences pour étudier l'action de l'air saturé de vapeurs de chloroforme, en injections dans l'intestin ; il a constaté que l'absorption de l'air chloroformé par l'intestin est presque nulle.

XI. M. REVERDIN, dans une très courte note, fait savoir qu'ayant introduit dans l'anus d'un gros lapin une canule en communication par un tube en caoutchouc avec un flacon d'éther en ébullition, le lapin s'endormit très rapidement et que l'expérience répétée sur un cochon d'Inde et sur d'autres lapins donna le même résultat. Il lui a paru intéressant de signaler le fait, pour stimuler les esprits à la recherche d'un problème dont la solution constituerait, dit-il, un réel progrès.

E. RICKLIN.

---

(1) PIROGOFF. *Recherches pratiques et physiologiques sur l'éthérisation*, Saint-Pétersbourg, 1847.

(2) Nous avons pu, grâce à l'obligeance de notre ami M. Durcau, nous procurer un exemplaire de cet intéressant mémoire. Voici ce qu'on y lit à la page 10 :

« Quoique, dans la pratique de la ville et dans celle des hôpitaux, je donne encore pour des opérations importantes et de longue durée une préféreace à l'éthérisation par le rectum, je ne trouve pas ce moyen applicable sur le champ de bataille, pour trois raisons :

« 1o Parce que l'on perd trop de temps à se procurer de l'eau bouillante qu'il faut pour cette méthode, ainsi qu'à préparer le malade par un lavement.

« 2o Parce que le développement rapide des vapeurs, lorsqu'on chauffe l'éther, en rend l'emploi dangereux à la lumière.

« 3o Enfin, parce que l'assoupissement produit par ce moyen est ordinairement plus profond et plus prolongé que par l'éthérisation par inspiration, et par cela même inapplicable et même dangereux pour ceux des malades qui ont des blessures graves faites avec des armes à feu, lesquelles sont déjà sans cela, à la suite de l'ébranlement général, souvent accompagnées d'insensibilité et de paralysie. »

Page XXI, il est dit, à propos de l'action toxique des vapeurs d'éther et de chloroforme : « Il m'est arrivé deux fois de voir les malades pris d'une syncope tellement profonde pendant l'anesthésiation, que je craignais pour leur vie. Les deux malades étaient des femmes, dont l'une anesthésiée par le moyen des vapeurs d'éther par l'anus. »

Enfin M. Pirogoff étudie en détail les effets comparés des inhalations de chloroforme et d'éther, et des injections de vapeurs d'éther dans le rectum. E. R.

BIBLIOGRAPHIE

DES ANGINES DE POITRINE, par M. HENRI HUCHARD.

C'est avec intention, ainsi qu'il le dit en tête de son mémoire, que M. Huchard a choisi ce titre caractéristique : *Des angines de poitrine.* En adoptant ce titre, il a voulu montrer en effet que l'affection désignée jusqu'à présent sous le nom « d'angine de poitrine » comprend en réalité plusieurs affections différentes les unes des autres, et que, loin de constituer une entité morbide dans le sens véritable du mot, elle n'est en réalité qu'un syndrôme pouvant reconnaître des causes très diverses et partant susceptible d'une interprétation clinique essentiellement variable. Cette manière de voir conduit donc à étudier l'angine de poitrine simplement comme un symptôme comparable aux palpitations ou à la syncope, dans lesquelles nul pathologiste assurément ne voudrait voir des maladies distinctes ; l'étude de ce symptôme montrant d'ailleurs que sa gravité dépend essentiellement de sa cause et que les indications thérapeutiques sont étroitement subordonnées à la détermination de cette dernière, de telle sorte que l'on pourrait formuler à son sujet ce nouvel adage : *Naturam morborum ostendunt causæ.*

En partant de cette donnée, il paraîtra donc naturel que M. Huchard ait multiplié les groupes et décrit chacun d'eux dans un chapitre spécial. Cette manière de faire a l'avantage incontestable de bien faire ressortir la physionomie clinique et la valeur de chacun d'eux. C'est ainsi qu'il distingue tout d'abord deux formes principales : la première correspond à l'angine de poitrine vraie, la plus grave et celle dont on meurt; celle-là reconnaît toujours pour cause une lésion organique du cœur ou de l'aorte et c'est peut-être à elle seule qu'il faudrait réserver le nom « d'angine de poitrine ». Les autres ne ressemblent à cette dernière que par l'expression symptomatique, mais elles en diffèrent radicalement par leur gravité pronostique bien moindre, car elles guérissent presque toujours spontanément ou avec l'aide d'un traitement approprié : ce sont les *pseudo-angines* que M. Huchard groupe sous quatre chefs principaux : nerveuses, réflexes, diathésiques, toxiques.

L'angine de poitrine vraie, la plus importante à connaître, est une de ces affections qui ne pardonnent guère, car elle peut tuer dès la première attaque, souvent à la deuxième ou à la troisième. Elle survient le plus ordinairement sans être annoncée; son début est subit, parfois provoqué, sa durée très courte, de quelques secondes à quelques minutes, un quart d'heure au plus. Elle est liée d'une manière constante à des altérations du cœur ou de l'aorte et souvent à ces ordres de lésions réunies. Au premier abord, ces lésions paraissent très disparates, car dans les observations on trouve signalé tantôt l'existence d'une aortite, là celle d'une simple dégénérescence athéromateuse, ailleurs il s'agit d'une myocardite, ailleurs encore c'est une dégénérescence graisseuse du cœur. Comment des lésions si diverses en apparence peuvent-elles aboutir au même résultat, c'est-à-dire à la production d'un syndrôme remarquable avant tout par sa constance et son uniformité clinique? En d'autres termes, quel est le mécanisme de cette forme d'angine de poitrine? C'est là un point qui a été étudié par M. Huchard avec beaucoup de sagacité et la conclusion à laquelle il arrive se trouve conforme à l'opinion déjà formulée par des maîtres éminents et particulièrement autorisés, tels que MM. Germain Sée et Potain. Pour lui comme pour ces deux auteurs, l'angine de poitrine est contituée par une véritable ischémie du cœur, ischémie qui reconnaît elle-même pour cause un trouble momentané ou durable de la circulation des parois cardiaques.

Dans plusieurs observations et notamment dans un fait recueilli à l'hôpital Tenon, M. Huchard a pu s'assurer que les artères coronaires étaient altérées et que l'orifice de ces artères notamment était rétréci au point que l'on pouvait à peine y introduire un fin stylet. Généralisant cette observation, il pense que l'état des artères coronaires joue un rôle capital dans le mécanisme de l'angine de poitrine, et voici de quelle manière il conçoit cette théorie :

Par suite de l'altération des vaisseaux coronaires, l'apport sanguin diminuerait dans ces vaisseaux; il y aurait une véritable ischémie des parois cardiaques. Cette ischémie engendrerait à son tour une irritation des filets terminaux du nerf vague et secondairement et par voie réflexe une excitation des branches motrices du spinal qui est le vrai nerf d'arrêt du cœur, d'où le ralentissement terminal du pouls et la suspension ultime des contractions cardiaques.

De plus, l'excitation des branches terminales du pneumogastrique, née sous l'influence de l'ischémie, se transmet aux centres nerveux et de là ,s'irradiant par voie centrifuge dans les différents nerfs sensibles, se manifeste sous forme de phénomènes douloureux excentriques.

Telle est la théorie, déjà formulée par M. G. Sée, à laquelle M. Huchard se rattache comme étant la plus conforme aux enseignements de la physiologie et aux données plus précises de l'anatomie pathologique.

L'angine de poitrine ainsi envisagée devient donc pour lui un phénomène tout à fait comparable à celui qui a été désigné sous le nom de *claudication intermittente des extrémités*. On sait en quoi consiste ce dernier. Par suite d'altérations artérielles périphériques, certains groupes musculaires cessent de recevoir du sang ou n'en reçoivent qu'une quantité insuffisante pour leur fonctionnement; de là une impotence momentanée qui se traduit par une douleur et par une claudication passagère. Dans l'angine de poitrine, il en serait de même pour le cœur qui, privé de l'apport sanguin nécessaire par suite du rétrécissement des artères coronaires ou de toute autre cause, se trouverait ainsi dans un état d'ischémie momentané tout à fait analogue à celui du muscle dans l'exemple précité. L'angine de poitrine ne serait donc autre chose qu'une sorte de claudication intermittente douloureuse du cœur, avec cette particularité que la gravité des accidents et l'intensité des symptômes douloureux sont ici en rapport étroit avec l'importance de l'organe atteint.

Une objection sérieuse peut cependant être élevée contre cette théorie. En effet, elle suppose comme fait constant l'existence d'une oblitération ou tout au moins d'un rétrécissement de calibre des artères coronaires; or cette lésion n'a été constatée directement que dans un petit nombre de cas et notamment dans le fait très remarquable que M. Huchard a rapporté dans son mémoire. M. Huchard expliquerait volontiers cette contradiction apparente par l'insuffisance des observations et des recherches anatomo-pathologiques. Il pense que dans plus d'un cas la sagacité des cliniciens a pu être détournée d'un autre côté, en vertu de théories préconçues qui impriment si souvent à nos recherches une direction systématique.

Il était intéressant de savoir quel accueil ferait l'auteur à la théorie de la névrite cardiaque, si fort en honneur il y a quelques années, depuis les recherches de MM. Lancereaux et Peter. Sans nier d'une manière absolue l'existence de cette névrite, qui a d'ailleurs été constatée anatomiquement dans quelques cas et que les altérations si fréquentes de l'aorte, anévrysmes, athérôme, dilatation, aortite, rendent très vraisemblable, M. Huchard pense qu'elle ne saurait expliquer à elle seule l'apparition des phénomènes si graves de l'angine de poitrine. La névrite du plexus cardiaque ne peut guère revendiquer pour elle que les douleurs rétro-sternales et irradiées si fréquentes chez les aortiques, et à ce titre elle ajoute quelque chose à la symptomatologie habituelle de l'angine de poitrine, mais elle ne la constitue pas à elle seule, et les faits dans lesquels elle a été mise en cause exclusivement semblent avoir été mal interprétés.

Après l'angine de poitrine vraie ou organique, que M. Huchard a étudiée avec tous les développements que comporte une si redoutable affection, prennent place, avons-nous dit, certaines catégories de cas auxquels il convient de réserver le nom de *pseudo-angines*. Cliniquement, ces dernières peuvent offrir une grande ressemblance avec l'angine vraie, mais elles s'en éloignent pourtant par certains côtés, notamment par l'intensité moins grande de la douleur sternale et par l'absence fréquente de l'angoisse caractéristique; les pseudo-angines guérissent presque toujours, rien que par le fait de l'éloignement de la cause productrice. C'est dans ce groupe que M. Huchard fait rentrer l'angine de poitrine produite par le tabac et qu'il considère également comme le résultat d'une ischémie fonctionnelle du cœur. Cette interprétation est d'accord avec les données de la physiologie qui nous montre dans le tabac un véritable poison du cœur capable d'amener des palpitations, des intermittences, des irrégularités, des syncopes et parfois un sentiment d'anxiété précordiale qui peut être porté jusqu'à l'attaque d'angine de poitrine la plus sévère avec toutes ses irradiations. Parmi les autres variétés de pseudo-angines, citons encore, comme présentant un intérêt spécial pour le clinicien, celles que M. Huchard appelle réflexes et qui reconnaissent habituellement pour cause une incitation périphérique ou viscérale prolongée. C'est à cette

dernière variété que se rapportent certains accidents cardiaques décrits par M. Potain chez les personnes atteintes d'affections de l'estomac, accidents qui peuvent offrir toute la gravité apparente de l'angine de poitrine. C'est là une catégorie de faits encore peu connue, mais qui nous paraît cependant bien établie et dont l'interprétation réside tout entière dans la connaissance des relations qui existent physiologiquement entre l'estomac et le cœur par l'intermédiaire du nerf pneumogastrique.

Quant aux autres catégories de pseudo-angines, diathésiques, nerveuses, toxiques, et que l'on rencontre chez les rhumatisants, les goutteux, les hystériques, les névropathes, leur interprétation est parfois délicate et M. Huchard a raison d'insister sur ce point qui peut offrir de grandes difficultés. Chez les goutteux, par exemple, l'angine de poitrine peut reconnaître des origines très différentes : tantôt elle se rattachera aux lésions artérielles et aortiques si fréquentes chez les goutteux, tantôt elle sera produite par l'état dyspeptique également très commun chez ces malades. Dans le premier cas, il s'agira d'une angine de poitrine vraie, capable de tuer dès le premier accès ; dans le second, d'une angine de poitrine fausse. Parfois même les deux formes pourront succéder l'une à l'autre, circonstance importante à connaître au point de vue du pronostic. Même distinction pour l'angine de poitrine des arthritiques dans laquelle on peut, suivant les cas, invoquer tantôt l'influence d'altérations cardio-artérielles, et tantôt celle d'une névrite cardiaque produite directement par la fluxion rhumatismale sur le cœur.

Dans une affection aussi redoutable que l'angine de poitrine, la question du traitement devait offrir une importance majeure, en rapport avec la gravité des accidents que la thérapeutique est appelée à combattre. Aussi M. Huchard a-t-il traité cette question avec beaucoup de soin et guidé par une foi sincère dans l'efficacité des moyens que le médecin peut et doit mettre en œuvre, soit pour enrayer les accès, soit pour prévenir leur retour. Parmi les premiers, c'est-à-dire parmi les agents du traitement curatif, il place au premier rang le nitrite d'amyle, substance découverte par le chimiste Balard et qui agirait, suivant M. Huchard, en activant la circulation du myocarde dans les cas où elle est sérieusement entravée par le spasme ou l'oblitération des artères coronaires, et de plus en déterminant la dilatation des artères périphériques, ce qui diminuerait d'autant les résistances que le cœur est obligé de vaincre.

Quoi qu'il en soit de la théorie, il est certain que les effets de ce médicament, administré en inhalations à la dose de quelques gouttes, au début de l'accès, sont des plus remarquables. La douleur et l'angoisse disparaissent, et le malade ressent presque toujours un bien-être extraordinaire. Des effets analogues, quoique un peu moins prononcés, ont été observés avec d'autres nitrites, comme la *trinitrine* ou le *nitrite de sodium*.

A côté du nitrite d'amyle, M. Huchard place sur un rang immédiatement inférieur la médication opiacée et particulièrement l'usage des injections hypodermiques de morphine que l'on peut, dans les cas d'angine de poitrine, porter à des doses fort élevées sans amener de phénomènes d'empoisonnement ; puis le chloral et le chloroforme ; enfin l'électricité sous forme de *courants continus*.

Parmi les agents de la médication préventive, l'iodure de potassium se place au premier plan, parce que ce médicament s'adresse aux lésions organiques qui amènent l'angine de poitrine vraie et sur lesquelles s'exerce son action résolutive. Dans les pseudo-angines, le traitement préventif repose tout entier sur les indications causales et lorsque celles-ci sont remplies par des moyens appropriés, il est bien rare que l'on ne voie pas disparaître à bref délai des accidents qui d'ailleurs n'avaient de la gravité que l'apparence.

Dr P. MUSELIER.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

APPRÉCIATION CRITIQUE DU CARACTÈRE PATHOGNOMONIQUE DES VOMISSEMENTS ET DE LA DIARRHÉE PRÉMONITOIRE DU CHOLÉRA.

« C'est, si je ne fais erreur, M. le docteur Guérin, membre de l'Académie de médecine, qui le premier a fixé l'attention sur la valeur des *vomissements* et de la *diarrhée prémonitoire* du choléra et sur l'importance de reconnaître et de combattre énergiquement, dès le début, ces symptômes, pour arrêter la marche de la maladie. La véritable valeur pathognomonique de ces symptômes ne me semble pas avoir été déterminée et nous allons essayer de l'apprécier.

« Si l'on considère qu'en réalité la cause de la maladie a son principe dans une *intoxication spécifique*, n'est-on pas autorisé à voir en ces troubles fonctionnels les effets manifestes d'un travail réactionnel opéré spontanément par l'organisme pour l'*élimination* du poison et à les considérer, dès lors, comme signes d'une crise salutaire au fond, quelle qu'en soit la péripétie, fatale ou non ? Ce qui tendrait à légitimer cette appréciation, c'est qu'alors que le vomissement et la diarrhée manquent, comme dans le choléra dit *sec*, qui est la forme la plus dangereuse de cette maladie, ils apparaissent infailliblement si, dans ces cas réputés désespérés, la guérison s'accomplit inopinément ; témoignage irrécusable qu'ils constituent un de ses actes adéquats, nécessaires, indispensables.

« Or, si telle est la signification physiologique du vomissement et de la diarrhée prémonitoire, il en résulte cette conséquence que c'est moins à réfracter ces phénomènes qu'à en favoriser l'évolution qu'est l'indication rationnelle. Il me semble tout au moins que cette appréciation a l'avantage de s'accorder dans la logique des idées et des faits.

« Dr E. BIÉCHY,

« *Médecin des chemins de fer de l'Est, à Vesoul.* »

NOTES & INFORMATIONS

Choléra

TOULON. — Voici quel a été le mouvement des cholériques dans les hôpitaux de Toulon pendant le dernier septenaire :

1er août. — *Hôpital Bon-Rencontre.* — 5 entrées, 3 sorties, 1 décès, 33 malades en traitement.

Hôpital Saint-Mandrier. — 2 entrées, 10 sorties, 2 décès, 93 malades en traitement.

2 août. — *Hôpital Bon-Rencontre.* — Aucune entrée, 4 sorties, aucun décès, 28 malades en traitement.

Hôpital Saint-Mandrier. — 3 entrées, 5 sorties, aucun décès, 91 malades en traitement.

3 août. — *Hôpital Bon-Rencontre.* — 5 entrées, 2 sorties, 1 décès, 30 malades en traitement.

Hôpital Saint-Mandrier. — 1 entrée, 7 sorties, aucun décès, 85 malades en traitement.

4 août. — *Hôpital Bon-Rencontre.* — 2 entrées, 4 sorties, 2 décès, 26 malades en traitement.

Hôpital Saint-Mandrier. — 3 entrées, 5 sorties, aucun décès, 82 malades en traitement.

5 août. — *Hôpital Bon-Rencontre.* — 1 entrée, 2 sorties, aucun décès, 25 malades en traitement.

Hôpital Saint-Mandrier. — 2 entrées, 7 sorties, 1 décès, 78 malades en traitement.

6 août. — *Hôpital Bon-Rencontre.* — Aucune entrée, 1 sortie, 2 décès, 23 malades en traitement.

Hôpital Saint-Mandrier. — 4 entrées, 10 sorties, 1 décès, 70 malades en traitement.

7 août. — *Hôpital Bon-Rencontre.* — 4 entrées, 2 sorties, 1 décès, 24 malades en traitement.

Hôpital Saint-Mandrier. — 3 entrées, 8 sorties, aucun décès, 65 malades en traitement.

— MARSEILLE. — Le Bulletin officiel de l'état civil de Marseille nous fournit les renseignements suivants sur la mortalité pendant le dernier septenaire :

Du 31 juillet au 1er août	mortalité totale	68	Décès cholériques	26
1er août au 2	août	—	46	—	16
2 — 3	—	—	50	—	15
3 — 4	—	—	49	—	28
4 — 5	—	—	45	—	10
5 — 6	—	—	51	—	11
6 — 7	—	—	30	—	5

— NOUVEL HÔPITAL A TOULON. — Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté le décret suivant :

Art. 1er. — Il est ouvert au ministère de la marine et des colonies, sur l'exercice 1884, au-delà des crédits accordés par la loi du 29 décembre 1883, un crédit extraordinaire de 100,000 francs pour l'achat, à Toulon, d'un terrain destiné à la construction d'un hôpital.

Art. 2. — Il sera pourvu à cette dépense au moyen des ressources générales du budget ordinaire de l'exercice 1884.

— AIX. — Les nouvelles reçues d'Aix ne signalent qu'un petit nombre de décès cholériques dans le courant de la semaine qui vient de s'écouler.

— ARLES. — A la date du 3 août, on télégraphiait d'Arles les renseignements suivants :

Du 29 juin au 2 août, il y a en 129 décès cholériques dont 78 en ville, 31 à l'hôpital, 18 à la campagne et 2 militaires ; 12 malades étaient en traitement à l'hospice.

L'épidémie continue ses ravages avec la même intensité.

A la date du 7 août, un nouveau foyer épidémique s'est déclaré dans la Camargue, aux Salins de Giraud, où il existe une agglomération permanente d'environ 500 personnes ; 4 décès cholériques y ont été constatés, et les malades en traitement sont relativement nombreux.

— AVIGNON. — Le petit nombre de décès cholériques relevés jusqu'à ce jour permet d'espérer que l'épidémie s'éteindra rapidement, sans prendre d'extension.

— VOGUÉ (Ardèche). — Les cas de choléra qu'on avait signalés en assez grand nombre à Vogué et qui ont fourni un chiffre de 12 décès en trois jours sont attribués par les médecins de la localité à l'action délétère des eaux d'un puits qui reçoit des infiltrations de fosses à fumier.

— GIGEAN. — A la date du 6 août, on télégraphiait de Montpellier :

« Le choléra sévit à Gigean, village de 1,400 habitants, à 18 kilomètres de Montpellier. Depuis hier soir dix heures jusqu'à aujourd'hui midi, on a enregistré 6 décès cholériques.

« Par les soins du doyen de la Faculté de Montpellier, M. Massé, agrégé de cette Faculté, MM. Dermont et Lapeyre, étudiants en médecine, ont été installés à Gigean pour seconder le médecin de la localité, M. le docteur Mestre.

— « Du 6 au 7 août (de midi à midi), on a enregistré à Gigean 8 décès cholériques ; 30 malades sont en traitement.

— LE CHOLÉRA EN ANGLETERRE. — Le choléra a fait son apparition dans le comté de Lancashire, aux environs de Blackburn. Le fléau paraît prendre de l'extension.

— LE CHOLÉRA EN ITALIE. — Malgré les mesures rigoureuses de quarantaine mises en pratique sur la frontière nord de l'Italie, le choléra vient d'éclater dans un grand nombre de localités du Piémont, aux environs de Gênes et de Turin.

— LE CHOLÉRA A GENÈVE. — Un cas de choléra à caractère bien tranché s'est déclaré à Versoix, un des faubourgs de Genève. La victime est une jeune femme de Marseille, arrivée à Genève depuis peu de jours.

***

REMPLACEMENTS. — Un jeune médecin demande à faire un remplacement pendant les vacances. — S'adresser au bureau du journal.

TROISIÈME CONGRÈS OTOLOGIQUE INTERNATIONAL DE BALE. — Nous rappelons à nos lecteurs que le congrès otologique international de Bâle a lieu le 1er septembre. Le programme définitivement arrêté est le suivant :

Lundi 1er septembre, dix heures du matin, séance d'ouverture dans « l'aula » de l'université (musée).

1° Discours d'ouverture du président du dernier congrès otologique, M. Sapolini (Milan) ;

2° Allocution du membre délégué du Haut-Conseil fédéral ;

3° Allocution du membre délégué du Conseil d'Etat du canton de Bâle (ville) ;

4° Discours du président du Comité d'organisation (M. le professeur Burckhardt-Merian) ;

5° Election du bureau définitif (président, vice-présidents, secrétaires, comité de rédaction, etc.).

Trois heures, séance dans la salle du Grand-Conseil (hôtel de ville).

Mardi 2 septembre, neuf heures, séance dans la salle du Grand-Conseil. Désignation de la ville où se réunira le prochain congrès. Communications.

Trois heures, séance de démonstrations dans la grande salle du Bernouillianum.

Jeudi 4 septembre, neuf heures, séance de clôture dans la salle du grand conseil.

Trois heures, séance de démonstrations dans la grande salle du Bernouillianum.

Vendredi 5 septembre, excursion au lac des Quatre-Cantons.

Dispositions. — 1° Les langues officielles seront le français, l'allemand, l'anglais et l'italien. Si la demande expresse en est faite, un des membres présents sera prié de donner, en la résumant, une traduction de chaque communication ;

2° Le temps accordé à chaque orateur ne dépassera pas vingt minntes. Dans la discussion, les orateurs ne pourront conserver la parole que durant dix minntes ;

3° Les communications seront publiées au compte rendu qui paraitra après le congrès et sera envoyé gratuitement à chaque membre ;

4° Tous les travaux lus et les communications faites au congrès doivent être immédiatement remis au comité de rédaction ;

5° Chaque orateur qui prend part à la discussion est prié de remettre au comité de rédaction, avant la fin de la séance, le résumé écrit de son discours ;

6° Pendant la durée du congrès, une exposition d'instruments, appareils, etc., concernant l'otologie aura lieu au Bernouillianum. MM. les confrères sont invités à engager les fabricants d'instruments, inventeurs et antres intéressés, à contribuer à cette exposition. Tout ce qui concerne cette dernière devra être adressé à M. le docteur Courvoisier, à Bâle ;

7° La cotisation est fixée à 20 francs. On peut se faire délivrer à l'avance la carte de membre adhérent en envoyant à M. le docteur Courvoisier, à Bâle, le montant de la cotisation.

Comité organisateur. — Alb. Burckhardt-Merian, à Bâle, président ; C.-J. Blake, à Boston ; W.-B. Dalby, à Londres ; A. Hartmann. B. Lowenberg, à Paris ; E. Menière, à Paris ; A. Politzer, à Vienne ; Urban Pritchard, à Londres ; St-J. Rossa, à New-York ; G. Sapolini, à Milan.

R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Cartoux, officier de santé, à Vogué, dans l'Ardèche, victime du choléra.

— On annonce également la mort du docteur Moyne (de Dijon); de M. le docteur Jean, à Castelnaudary (Aude); de M. le docteur Alphéran, à Rian (Var) et de M. le docteur Chevallier, de Saint-Agnan (Charente-Inférieure).

*
* *

Faculté de médecine de Paris. — Par décret en date du 30 juillet 1884, M. Lannelongue, agrégé des facultés de médecine, est nommé professeur de pathologie externe à la Faculté de Paris.

— Par décret en date du 31 juillet 1884, M. Armand Gautier, agrégé des facultés de médecine, est nommé professeur de chimie médicale à la Faculté de médecine de Paris.

— La bibliothèque de l'Ecole de médecine sera fermée du dimanche 4 août au vendredi 15 août. Du samedi 16 août au mardi 24 octobre, elle sera ouverte trois fois par semaine : mardi, jeudi, samedi, de midi à quatre heures.

*
* *

Bourses de médecine. — *Concours de 1884.* — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, vu le règlement du 15 novembre 1879, vu l'arrêté du 2 juillet 1884, arrête :

Art. 1er. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie le lundi 27 octobre 1884.

Art. 2. — Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscriptions seront clos le samedi 18 octobre, à quatre heures.

Art. 3. — Conformément aux prescriptions du règlement du 15 novembre 1879 susvisé, sont admis à concourir : 1° les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire prévu par l'article 3 du décret du 20 juin 1878. Les épreuves porteront sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle médicales ; 2° les candidats pourvus de huit inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire et qui justifieront de leur assiduité aux exercices pratiques. Les épreuves porteront sur l'ostéologie, l'arthrologie et la myologie ; 3° les candidats pourvus de douze inscriptions qui ont subi avec la note *bien* la première partie du deuxième examen probatoire. Les épreuves porteront sur l'anatomie, la physiologie et l'histologie ; 4° les candidats pourvus de seize inscriptions qui ont subi avec la note *bien* la seconde partie du deuxième examen probatoire. L'épreuve écrite portera sur la pathologie interne et externe ; 5° les candidats justifiant des grades de bachelier ès sciences et de bachelier ès lettres qui continuent leurs études d'après l'ancien régime, s'ils ont obtenu la note *bien* à l'examen correspondant à leur temps de scolarité. Les épreuves seront les mêmes pour les étudiants de l'un ou de l'autre régime d'études.

Art. 4. — Les candidats pourvus des grades de bachelier ès sciences et de bachelier ès lettres restreint qui ont subi chacun de ces examens avec la note *bien* pourront obtenir sans concours une bourse de première année.

Art. 5. — Les sujets des compositions seront adressés par le ministre aux recteurs sous un pli cacheté qui sera remis au président du jury et décacheté par lui en présence des élèves à l'ouverture de la séance du conseil.

Concours de clinicat. — Le concours pour le *clinicat des maladies mentales* s'est terminé par la nomination de M. le docteur Gilson comme chef de clinique titulaire, et de M. le docteur P. Boyer comme chef de clinique adjoint.

Clinicat d'accouchements. — Le concours pour le clinicat d'accouchements s'est terminé par la nomination de M. Doléris comme chef de clinique titulaire, et de M. Stopfer comme chef de clinique adjoint.

Concours. — Un concours s'ouvrira le lundi 20 octobre prochain à une place de médecin adjoint des services d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière.

Concours pour l'admission dans le corps de santé de la marine. — Un concours s'ouvrira dans les Ecoles de médecine navale de Brest, Rochefort et Toulon, à partir du 1er septembre 1884, dans le but de pourvoir à vingt emplois d'aide-médecin.

Les conditions exigées sont les suivantes :

1° Etre Français ou naturalisé Français ;

2° Agé de dix-huit ans au moins ou de vingt-trois ans au plus, accomplis au 31 décembre de l'année du concours ;

3° Reconnu propre au service de la marine, après constatation faite par le Conseil de santé ;

4° Justifier de deux années d'études dans une école de médecine navale ; dans une faculté ou dans une école préparatoire de médecine ; dans ces deux derniers cas, le candidat devra établir son temps d'études en produisant ses inscriptions ;

5° Les candidats devront être pourvus des titres universitaires exigés dans les Facultés des élèves qui se présentent aux examens de doctorat ;

6° Le candidat devra justifier qu'il a satisfait à la loi de recrutement dans le cas où il aurait été appelé au service militaire en vertu de cette loi.

Il est établi au secrétariat du conseil de santé des ports de Brest, de Rochefort et de Toulon, un registre pour l'inscription des candidats. Ce registre sera clos vingt-quatre heures avant l'ouverture du concours.

Au moment de l'inscription, le candidat dépose les pièces constatant qu'il remplit les conditions pour l'admission au concours. Il présente en outre les titres qui peuvent militer en sa faveur. Ces pièces sont rendues après les opérations du concours.

La circulaire ministérielle du 12 mai 1881 a fixé les matières du concours pour le grade d'aide-médecin.

∴

— CONSEIL MUNICIPAL DE PARIS. — Dans la séance du 2 août du Conseil municipal, M. Chassaing dépose une proposition tendant à la laïcisation du service des bureaux de bienfaisance et à l'amélioration du service médical de nuit.

Le Conseil vote l'établissement d'un hôpital sur les glacis des bastions 30 et 31.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — *Prix E. Godard* (1884). — Le bureau de la Société de biologie rappelle aux personnes qui voudraient adresser des mémoires à la Société de biologie pour le prix E. Godard, que le terme du délai pour l'envoi de ces mémoires est fixé au 31 août 1884.

Les mémoires devront être adressés au siège de la Société de biologie, 14, rue de l'École-de-Médecine, ou au docteur Dumontpallier, secrétaire général de la Société, rue Vignon, 24, à Paris.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1884

12. M. Giraudeau. Des accidents vertigineux et apoplectiformes dans le cours des maladies de la moelle épinière. — 13. M. Toulze. De l'ascite essentielle. — 14. M. Patino Luna. Etude sur quelques formes cliniques et particulièrement sur les formes latentes du cancer rénal. — 15. M. Pateostre. De l'identité de l'arthrite puerpérale et d'une certaine forme d'arthrite blennorrhagique. — 16. M. Ménard. Contribution à l'étude des tumeurs blanches et des abcès froids dans leurs rapports cliniques avec l'infection tuberculeuse. — 17. M. Olivier. Contribution à l'étude des tumeurs du creux poplité et en particulier du nerf sciatique et des veines jumelles —18. M. Bouluron. Compression des nerfs du membre supérieur à la suite des fractures.—19. M. Olive. Des formes cliniques de la colique hépatique. — 20. M. Gautier. Contribution à l'étude des spasmes du cou. — 21. M. Artigues. Essai sur la valeur séméiologique du rêve. — 22. M. Ch. Bosset. Du traitement de l'hémarthrose du genou par la ponction. — 23. M. Marry. De l'action antiseptique du sulfate de cuivre en obstétrique. Prophylaxie et thérapeutique des accidents infectieux des suites de couches. — 24. M. Baumfeld. L'acide borique et ses applications thérapeutiques. — 25. M. Lallement. De la gangrène foudroyante spontanée des organes génitaux externes de l'homme. — 26. M. Divernéresse. Traitement des fractures transversales de la rotule par la suture osseuse avec ouverture de l'articulation du genou. — 27. M. Bourgougnon. Sur l'état du cœur à la fin de la grossesse et dans les suites de couches. — 28. M. Hurtret. Contribution à l'étude du pansement ouaté. — 29. M. Lacour. De l'hydrothérapie dans la broncho-pneumonie des enfants. — 30. M. Maurandy. De la difficulté du diagnostic dans certains cas de kystes hydatiques et du foie. — 31. M. Barbaste. — Des déchirures du périnée dans les accouchements — 32. M. Reverchon. Contribution à l'étude de l'atrophie musculaire progressive. — 33. M. David. De l'aphasie hystérique. — 34. M. Gros. Etude sur le goître exophtalmique. —35. M. Berne. Des manifestations osseuses précoces et tardives de la syphilis héréditaire. — 36. M. Borély. Quelques considérations sur le coup de chaleur. — 37. M. Raffejeau. Du rôle des anomalies congénitales des organes génitaux dans le développement de la folie chez l'homme. — 38. M. Dubois. De la névralgie sciatique dans la syphilis. — 39. M. Hainaut. Sur quelques cas de tuberculose pneumonique à marche rapide. — 40. M. Jaillet. De l'alcool; sa combustion, son action physiologique, son antidote. — 41. M. Henriennet De l'engagement de l'extrémité pelvienne pendant la grossesse. — 42. M. Cauvet. Contribution à l'étude de la montée du lait. — 43. M. Voukchewitch. Etude sur le traitement de l'ophtalmie granuleuse par l'excision du cul-de-sac conjonctival. — 44. M. Antelmy. Contribution à l'étude des troubles nerveux dans les entorses et en particulier des atrophies et des paralysies musculaires. — 45. M Fournier (Henri-Charles). Etude sur les perforations de la cloison interventriculaire dans l'endocardite ulcéreuse — 46. M. Chantemesse. Etude sur la méningite tuberculeuse. — 47. M. Schmitt. De la phlébite rhumatismale.— 48. M. de Gennes. Etude clinique expérimentale sur l'acétonémie. — 49. M. Gouttière-Cachera. Des pleurésies cloisonnées. — 50. M. Thuvien. Contribution à l'étude clinique des adhérences pleurales. — 51. M. de Brun. Contribution à l'étude de la phlegmatia alba dolens. — 52. M. Petitot. De l'intervention chirurgicale dans les cas de tuberculoses externes. — 53. M. Lhuillier. De l'adénite strumeuse inguinale (bubon strumeux). — 54. M. Verdier. Des abcès lymphangitiques chancreux. — 55 M. Bitriché. Etude sur les symptômes de la pleurésie infantile. — 56. M. Pujol. De l'influence des maladies du nez et du pharynx sur la production des maladies de l'oreille moyenne. — 57. M. Letarouilley. Contribution à l'étude clinique du cancer de la prostate. — 58. M. Boyer. De la suture du pelletier avec du fil de catgut, et de son usage dans le traitement des plaies opératoires. — 59. M. Bourguelle. Contribution à l'étude des suites éloignées de l'ovariotomie. Dégénérescence cancéreuse consécutive à l'ovariotomie. — 60. M. Ozenne. Du cancer chez les syphilitiques (de l'hybridité cancéro-syphilitique, de la cavité buccale en particulier). — 61. M. Binet. Etude sur la sueur et la salive dans leurs rapports avec l'élimination. — 62. M. Tostain. Du cancer ganglionnaire cervical consécutif. — 63. M. Ledermann. Etude sur la phtisie professionnelle. — 64. M. Baranger. Des contre-indications et obstacles à l'allaitement maternel. — 65. M. Desvergnes. De la rétention passagère des urines à la suite des opérations. — 66 M. Batault. Contribution à l'étude du pansement des fractures compliquées de plaies. — 67. M. Manu. Considérations sur les ostéotomes sous-périostiques de la mâchoire inférieure. — 68. M. Citerne. Contribution à l'étude des abcès froids des parois du thorax. — 69. M. Béraud. De l'épilepsie dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement. Bromuration pendant la grossesse. — 70. M. Paul Berne. Etude sur quelques cas de purpura d'origine traumatique. — 71. M. Saubost Accidents cérébraux au début de la pneumonie chez les enfants — 72. M. Maigret. De la créosote en thérapeutique. — 73. M Regnard. Quelques expériences avec le nouvel appareil « Collin » pour le redressement brusque du genu valgum. — 74. M. Pascalis. De l'épididymite syphilitique. — 75. Mlle Kraet. Traitement de l'empyème par la pleurotomie complètement antiseptique. — 76. M Chachereau Un kyste hydatique du poumon; urticaire hydatique. — 77. M. Arnaud. Contribution à l'étude de l'endométrite dans la blennorrhagie. — 78. M. Jollet. De l'influence de la rougeole sur le développement et la marche des arthrites. — 79. M. Speckahn. De la guérison rapide ou immédiate de l'entorse du pied par le massage. — 80. M. Hache. Etude clinique sur les cystites. — 81. M. Andret. Des manifestations cutanées de la blennorrhagie. — 82. M. Labonne. Contribution à l'étude des suites des fractures de la rotule et de leur thérapeutique. — 83. M. Malecot. De la spermatorrhée. — 84. M. Daucourt. Résultats cliniques éloignés des opérations césariennes et de Porro. — 85. M. Jourdin. Contribution à l'étude des lésions congénitales de l'artère pulmonaire et de la cloison interventriculaire. — 86. M. Auvard. De la pince à os et du cranioclaste. — 87. M. Morival. Traitement des vomissements incoercibles pendant la grossesse. — 88. M. Delotte. Des migrations de l'empyème dans la région

lombaire. — 89. M. Revolat. De l'insuffisance des droits internes et de son traitement par la ténotomie partielle.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 25 AU JEUDI 31 JUILLET 1884.

Fièvre typhoïde 22. — Variole 0. — Rougeole 16. — Scarlatine 4. — Coqueluche 7. — Diphtérie, croup 23. — Dysentérie 1. — Erysipèle 3. — Infections puerpérales 1. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 49. — Phthisie pulmonaire 167. — Autres tuberculoses 20. — Autres affections générales 69. — Malformation et débilité des âges extrêmes 49. — Bronchite aiguë 15. — Pneumonie 38. — Athrepsie gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 132, — au sein et mixte 58. — Inconnu 17. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 76. — de l'appareil circulatoire 55. — de l'appareil respiratoire 51. — de l'appareil digestif 55 — de l'appareil génito-urinaire 24. — de la peau et du tissu lamineux 5. — des os, articulations et muscles 5. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 2. — Epuisement 0. — Causes non définies 1. — Morts violentes 24. — Causes non classées 7. — Total de la semaine : 993 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

TRAITÉ PRATIQUE DE MASSAGE ET DE GYMNASTIQUE MÉDICALE, par le docteur J. Schreiber, ancien professeur libre à l'université de Vienne, etc. Un vol. in-18 cartonné, diamant, de 360 pages, avec 117 figures dans le texte. — Prix : 7 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

DE LA DOULEUR PHYSIQUE ET MORALE AU POINT DE VUE PHYSIOLOGIQUE ET PATHOLOGIQUE, par le docteur Saintoval. Un volume in-18. — Prix : 3 fr. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

ETUDES SUR LES CLASSIFICATIONS DES MALADIES DE LA PEAU, par le docteur Rizat. Grand in-8 de 120 pages. — Prix : 3 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE DES SCIENCES MÉDICALES, publié sous la direction de M. le docteur A. Dechambre, avec la collaboration d'un très grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de la marine. — La première partie du tome XX de la 2e série, la première partie du tome X de la 4e série, la deuxième partie du tome XIII de la 3e série, contiennent les principaux articles suivants : Goutte, par M. H. Rendu. — Palpation, par M. H. Barth. — Pauaris, par M. Polaillon. — Pancréas, par M. Arnozan. — Pansement, par MM. Chauvel et Bousquet. — Suppuration, par M. Hénoque. — Surdi-mutité (surdité), par M. Ladreit de la Charrière. — Paris, Asselin et Cie, libraires de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine.

Julius Michel. — LEHRBUCH DER AUGENHEILKUNDE, avec nombreuses planches et figures. Graud in-8.

E. Leyden et E. Pfeiffer. — VERHANDLUNGEN DES DRITTEN CONGRESSES FÜR INNERE MEDICIN. Grand in-8.

P. Kaatzer. — DIE TECHNIK DER SPUTUM. UNTERSUCHUNG AUF TUBERKEL-BACILLEN. Grand in-8.

J. Rosenbach. — UEBER MICRO-ORGANISMEN BEI WUNDINFECTIONS-KRANKHEITEN, avec planches coloriées. Grand in-8.

Librairie J.-F. Bergmann, Wiesbaden.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

PATHOLOGIE MÉDICALE

L'URÉE ET LE CANCER, par ALBERT ROBIN.

M. Dujardin-Beaumetz, dans sa remarquable étude sur le cancer de l'estomac, discute, entre autres moyens de diagnostic, cette assertion de M. Rommelaëre (de Bruxelles) que « la malignité morbide désignée cliniquement sous le nom de « cancer » est le résultat de la viciation de la nutrition intime, et que la réalité de cette viciation est établie par une diminution de l'urée urinaire ». Comme cette viciation de la nutrition et l'hypoazoturie qui en est la conséquence ne se rencontreraient pas dans les processus non cancéreux ou dans les tumeurs bénignes, il s'en suivrait qu'en cas de doute on devrait incliner du côté du cancer si la quantité d'urée s'abaisse quotidiennement au-dessous d'un certain chiffre que M. Rommelaëre fixe à 10 grammes.

Quoique le dosage de l'urée pratiqué systématiquement chez plusieurs malades ait donné à M. Dujardin-Beaumetz des résultats qui paraissent confirmer ceux du médecin de Bruxelles, notre éminent collègue n'en fait pas moins de fortes réserves. Il rappelle que la proportion de l'urée dépend surtout de l'alimentation, cite un cas où la méthode de Rommelaëre s'est trouvée en défaut, et, tout en reconnaissant qu'elle peut fournir de précieuses indications, la rejette comme moyen positif de diagnostic.

Or je voudrais accentuer encore les réserves qui ont été formulées, car j'ai pu m'assurer que, sauf de rares exceptions, c'est l'alimentation qui, dans les maladies chroniques et en particulier dans celles de l'estomac, règle, avant toute autre condition, la quantité de l'urée.

Quand un malade atteint d'un cancer de l'estomac est arrivé aux dernières périodes de sa maladie et de l'émaciation, qu'il ingère à grand'peine une petite quantité d'aliments qu'un vomissement rejettera bientôt, évidemment la quantité de l'urée tombera chez lui à des chiffres qui se rapprochent de ceux que Voit a observés dans ses expériences sur l'inanition. Mais la cause de cet abaissement de l'urée, ce n'est pas le processus cancéreux, c'est avant tout l'absence ou la réduction de l'alimentation.

Si le malade rend peu d'urée, ce n'est pas en raison d'une viciation de sa nutrition, mais bien parce qu'il est en état d'inanition plus ou moins complète.

Cette manière de voir qui, si elle enlève au signe de M. Rommelaëre sa valeur presque tout entière, est aussi bien plus conforme à tout ce que nous savons de réel sur l'origine de l'urée, cette manière de voir, dis-je, peut être appuyée sur trois ordres de preuves :

1° Quand un individu atteint de cancer de l'estomac ou de tout autre cancer, parvient à ingérer et à digérer quelques aliments, l'urée augmente dans une proportion parallèle à l'alimentation. En outre, quand apparaissent les premiers symptômes de la carcinose stomacale, la quantité d'urée dépend pendant un court espace de temps, non seulement de l'alimentation, mais aussi des réserves organiques du malade; si celui-ci est vigoureux, il peut éliminer pendant quelques jours une quantité d'urée normale, malgré l'absence d'alimentation ou malgré les vomissements; en un mot, il peut vivre normalement, au point de vue de l'urée, durant ces quelques jours, sur ses réserves organiques.

Voici un exemple qui peut en servir de preuve :

Un homme de quarante ans, dyspeptique depuis cinq ans, mais vigoureux et bien musclé, fut pris de crises douloureuses siégeant dans la région épigastrique et qui furent qualifiées d'abord de crises gastralgiques simples. Le malade ne vomissait pas, mais mangeait fort peu. J'analysai ses urines à quatre reprises dans l'espace de trois semaines; les moyennes furent :

Quantité.	Densité.	Mat. sol.	Urée.
1.100	1.019	48 91	26 85

Certes, si l'on s'en tenait à la formule de M. Rommelaëre, il y aurait eu dans cette quantité d'urée un signe confirmatif du diagnostic porté. Et pourtant le malade succombait trois mois après, avec un cancer de l'estomac dont l'existence, toujours douteuse pendant la vie, ne fut révélée qu'à l'autopsie.

Un autre malade atteint de carcinome de la vessie, mais digérant encore assez bien la soupe au lait dont il se nourrissait exclusivement, m'a donné comme moyenne de six analyses :

Qté.	Dté.	M. S.	Urée.
1.200	1.019	43 70	14 16

Un troisième malade, atteint de carcinome hépato-stomacal, rendait comme moyenne de quatre analyses, dans le mois qui précéda la mort :

Qté.	Dté.	M. S.	Urée.
1.050	1.027	63 g. 18	24 77.

Il est vrai que ce malade ne vomissait pas et s'ingéniait à s'alimenter par tous les moyens possibles.

Enfin, je citerai les deux cas suivants :

Cancer de l'estomac : se nourrit encore un peu, vomissements rares, non sanglants; 3 dosages.

Qté	Dté	M. S.	Urée
600	1030	42.12	17.50

Cancer de l'estomac : prend et garde 1 litre et demi de lait environ, 4 dosages ; urée : 17.80.

Si l'on cherche dans les auteurs, on trouve nombre d'analyses qui viennent confirmer la proposition que j'ai avancée plus haut ; mais je n'en veux rapporter que trois exemples.

Le premier est le cas de Jacob, qui trouva plus de 40 gr. d'urée dans l'urine d'un individu atteint d'un cancer hépatique ayant amené une sténose du canal hépatique. Le second est le cas de M. Aussilloux, qui dosa 36 gr. 10 d'urée chez un vieux paludéen atteint de cancer du foie et soumis au régime lacté exclusif. Le troisième est celui d'un individu atteint de cancer de l'estomac, soigné dans le service de M. Desnos et chez lequel M. Chéron donna comme moyenne de 11 dosages le chiffre de 33 gr. 79.

On pourrait objecter que les moyennes de 14.16 à 26.85 constituent un abaissement de l'urée, puisque M. Rommelaëre prend le chiffre de 32 gr. comme représentant l'élimination normale. Je répondrai que ce chiffre est beaucoup trop élevé et que les malades de nos hôpitaux nourris à quatre portions n'excrétent pas plus de 17 à 25 gr. d'urée, soit en moyenne 21 gr., tandis que la moyenne des cinq observations ci-dessus atteint 20 gr. 26 (1).

2o J'arrive au second ordre de preuves. Quand un malade atteint d'une affection viscérale chronique non cancéreuse, et plus ou moins émacié, ne se nourrit pas ou vomit ses aliments, l'urée s'abaisse chez lui tout autant que chez le cancéreux placé dans les mêmes conditions.

On pourrait opposer au cas de carcinome hépato-stomacal que je signale plus haut des observations de cirrhoses de diverses variétés dans lesquelles la moyenne de l'urée est inférieure à 10 gr. ; et, en dehors de mes analyses personnelles, il suffit de consulter les thèses de MM. Hanot, Reuflet, Dupré, Valmont, etc., etc., pour en rencontrer de nombreux exemples. Le signe de M. Rommelaëre s'est aussi trouvé en défaut dans l'observation de kyste hydatique que nous a citée M. Dujardin-Beaumetz.

Je pourrais rapporter une observation analogue que j'ai recueillie en 1876 dans le service de mon maître, M. le professeur Jaccoud. Il s'agissait d'un homme de 52 ans, profondément cachectique, ayant l'apparence d'un cancéreux, vomissant tous ses aliments, et à l'autopsie duquel nous trouvâmes un kyste hydatique volumineux. L'analyse de l'urine, pratiquée pendant les trois jours où le malade fut dans nos salles, donna les résultats suivants :

Qté	Dté	M. S.	Urée
215	1053	16.63	4.45

Mais, à côté de ces exemples, je puis opposer aux cas de cancer stomacal avec urée normale les deux cas suivants, où il s'agit d'ulcères de l'estomac avec diminution de l'urée :

Une malade de 25 ans, atteinte d'ulcère simple de l'estomac, rendit comme moyenne de quatre dosages 15 gr. 20 d'urée. (Deux litres de lait : plus de vomissements.)

Une autre, âgée de 20 ans, très amaigrie, ne prenant qu'un peu de lait et de pain, vomissant même une partie de ses aliments, mais n'ayant plus d'hématémèses, éliminait en moyenne (6 dosages) :

Qté	Dté	M. S.	Urée
700	1013.5	22.50	10 gr.

Les deux séries de preuves qui précèdent paraissent juger définitivement la valeur du signe de Rommelaëre, aussi insisterai-je peu sur mon troisième argument.

3o Si la nutrition était viciée dans le sens où l'entend M. Rommelaëre, les produits de la désassimilation organique qui n'arrivent pas à l'état d'urée devraient se trouver dans l'urine sous une autre forme, et par conséquent le rapport qui existe entre l'urée et la totalité des matériaux solides de l'urine devrait s'abaisser sensiblement chez les cancéreux, tandis que dans les affections non cancéreuses le rapport se maintiendrait dans ses limites habituelles. Or, voici des chiffres qui renversent absolument cette induction ; en effet, dans les observations de cancer que je rapporte ici, la moyenne du rapport de l'urée aux matériaux solides est de 42 0/0, tandis que dans les analyses qui ont trait aux malades non cancéreux, la moyenne n'est que de 35.5 0/0.

Ces trois ordres d'arguments me paraissent infirmer d'une manière définitive la proposition de M. Rommelaëre. Puisqu'il est démontré, en effet, que l'urée peut rester normale et même augmenter dans les affections cancéreuses si les malades continuent à s'alimenter ; que d'autre part l'urée peut diminuer considérablement dans les affections chroniques des mêmes organes, si les malades vomissent leurs aliments ou cessent de se nourrir, il en résulte que le cancer n'a pas par lui même une action spécifique sur la formation de l'urée. et qu'il importe de prémunir les médecins contre les mécomptes auxquels ils s'exposeraient en donnant au taux de l'urée la valeur diagnostique que M. Rommelaëre lui attribue.

(1) Quand les cancéreux ne mangent plus ou vomissent leurs aliments, ainsi qu'il arrive si fréquemment aux dernières périodes de la maladie, l'urée s'abaisse dans d'énormes proportions. J'ai vu un cas où la moyenne de cinq dosages fut de 2 gr. 25.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Un cas de goutte chronique anormale (tophus de la peau), par le docteur A. Dutil.

La nommée X... (Elisa), femme de chambre, s'est présentée, le 20 mai 1884, à la consultation externe de l'hôpital de la Charité (service de M. le docteur Desprès). Elle venait à l'hôpital pour qu'on la débarrassât, disait-elle, d'une série de petites tumeurs dures qu'elle montrait sur la face palmaire de ses deux mains et qui, sans être douloureuses, l'empêchaient de travailler. Ces tumeurs étaient des concrétions tophacées.

Voici quelle est l'histoire de cette malade :

X... est âgée de soixante-trois ans ; elle est née à H... (Seine-et-Oise) et habite Paris depuis trente ans. Dans son enfance, elle a toujours été bien portante ; elle eut seulement vers l'âge de dix-huit mois quelques convulsions provoquées par l'éruption des dents. Elle n'eut jamais ni maux d'yeux, ni impétigo, ni engorgements ganglionnaires, en un mot aucun signe de scrofule : elle était vive, robuste et de teint coloré.

Elle fut réglée à quatorze ans et bien réglée jusqu'à sa vingt-deuxième année, époque à laquelle elle devint enceinte. Elle accoucha à terme et sans accident d'une fille qu'elle mit en nourrice et qui mourut phthisique à l'âge de cinq ans.

Après cette grossesse, il y eut quelques irrégularités dans les époques menstruelles de X... Sur ces entrefaites, sa famille ayant essuyé des revers de fortune, elle vint alors à Paris où elle prit du service comme femme de chambre.

A l'âge de vingt-sept ans, sans que sa santé fût en rien troublée, sans aucune cause appréciable, ses règles se supprimérent et ne reparurent plus.

A dater de ce jour, elle éprouva de temps à autre des bouffées de chaleur au visage qui s'accompagnaient parfois de sueurs profuses de toute la surface du corps. Ces « accès de sueur » se reproduisirent d'abord deux et trois fois par mois, puis ils devinrent de plus en plus rares à mesure que la malade avançait en âge; tontefois elle n'en fut définitivement débarrassée que lorsqu'elle atteignit sa quarante-deuxième ou quarante-troisième année.

C'est à cette époque qu'apparurent les premiers *tophus* sur la face palmaire des doigts.

Sans aucun symtôme précurseur, sans qu'elle eût jamais ressenti aucune douleur soit dans les mains, soit dans les pieds, soit dans les articulations, la malade vit se développer à la base de son pouce gauche, sur la face palmaire et un peu au-dessus de l'articulation métacarpo-phalangienne, une petite tumeur rouge, molle et peu doulourense à la pression. Quelques semaines après, une autre tumeur analogue se montrait sur la pulpe de l'index; ces tuméfactions indolores prirent peu à peu une forme acuminée en même temps qu'une consistance pierreuse; leur sommet apparut bientôt comme un point blanc et la peau soulevée et amincie finit par se perforer. La malade put alors détacher du sommet de ces tumeurs de petites parcelles d'une matière blanche, crayeuse, qu'elle a religieusement conservées.

Chaque année, de nouveaux tophus apparaissaient, puis s'éliminaient, et voici ce que l'on constate actuellement en examinant les mains de la malade : ce qui frappe tout d'abord, c'est la localisation de ces concrétions; il n'en existe aucune sur la face dorsale; elles siègent toutes du côté palmaire; elles n'affectent aucun rapport avec les interlignes articulaires; elles répondent toutes soit à la pulpe des doigts, soit à la continuité des divers segments digitaux. On peut saisir chacune des masses tophacées et la mobiliser; elles se sont donc développées dans l'épaisseur même de la peau. Aucune d'elles n'adhère aux extrémités articulaires, qui n'ont subi du reste aucune déformation. A la base des pouces, on voit de petites cicatrices répondant au siège d'anciens tophus éliminés. Les articulations des phalanges et les coulisses tendineuses sont absolument intactes, puisque tous les mouvements de flexion spontanés ou provoqués s'exécutent aisément. Ces tophus sont très peu douloureux à la pression et ne gênent la malade dans la préhension des objets qu'à cause de leur nombre et de leur dureté.

Il existe également un tophus sur la face interne de l'avant-bras droit et un autre à la partie antérienre de la jambe gauche. Ces deux derniers, tout comme ceux des mains, sont entièrement situés dans l'épaisseur de la peau.

La peau et les articulations des pieds sont absolument saines. Il n'existe pas non plus trace de concrétions goutteuses soit aux oreilles, soit à la face.

En même temps que ces tophus, on voit dans la paume des mains ainsi qu'à la face de petites macules rouges, arrondies, du diamètre d'une lentille; ces macules s'effacent sous la pression du doigt; ce sont de simples taches congestives. Elles sont très nombreuses, surtout au niveau des pommettes où elles sont presque confluentes. Au dire de la malade, il y a plusieurs années qu'elles ont apparu et qu'elles persistent sans se modifier.

A aucune époque de sa vie, X... n'a été sujette aux migraines, aux épistaxis, etc. Elle n'a jamais eu d'hémorrhoïdes; elle n'est pas asthmatique et n'a jamais toussé; elle ne se souvient pas d'avoir éprouvé le plus léger trouble dyspeptique; jamais elle n'a souffert de coliques; jamais elle n'a remarqué que ses urines fussent rouges, foncées, encore moins graveleuses. A part quelques douleurs lancinantes qu'elle ressent de loin en loin dans les talons et auxquelles elle n'attache aucune importance, elle n'a jamais éprouvé de crise de douleurs ui dans les articulations ni ailleurs.

Actuellement, ses urines sont acides et ne contiennent ni sucre ni albumine.

L'appétit est bon; les forces bien conservées.

Toutes les articulations sont saines.

Rien au cœur; les artères radiales ne sont pas athéromateuses. Rien aux poumons.

La malade n'est pas syphilique; elle déclare ne s'être jamais adonnée aux boissons alcooliques; il n'y a pas de tremblement.

Elle n'a jamais été exposée à l'intoxication saturnine.

Antécédents héréditaires. — Interrogée au point de vue de ses antécédents héréditaires, elle nous apprend que sa mère est morte hémiplégique et aphasique à l'âge de 73 ans.

Son père, mort à 60 ans, aurait présenté aux deux mains une maladie de peau qui « suintait beaucoup et s'accompagnait de vives démangeaisons ».

Du côté des collatéraux, aucun antécédent qui puisse se rattacher à l'arthritisme.

Réflexions. — L'histoire pathologique de cette malade nous semble intéressante par plusieurs faits qui méritent d'être relevés.

Fille d'un père eczémateux, cette femme voit ses règles se supprimer brusquement, à l'âge de 27 ans, sans motif apparent.

Consécutivement à cette *disparition des règles* qui n'est suivie d'aucune perturbation de la santé générale, de véritables *accès de sueurs profuses* se produisent. Ces sueurs deviennent de plus en plus rares à mesure que la malade avance en âge. Parvenue à l'époque de la ménopause, la malade en est délivrée définitivement. Mais, à ce moment, se développent sur la paume des mains des *concrétions tophacées*. Il y a évidemment dans le mode de succession ou plutôt de substitution de ces phénomènes les uns aux autres un caractère qui porte à les rattacher à une même cause générale, la diathèse.

Il est aussi à remarquer qu'il n'entre pas dans les habitudes de la goutte chronique de se manifester uniquement et pendant de longues années (de 41 à 63 ans) par de simples *tophus de la peau*, sans que l'apparition de ces concrétions soit précédée ou suivie de phénomènes douloureux ou de troubles viscéraux divers, tels que la dyspepsie, la gravelle urinaire, etc.

Or, notre malade, malgré son grand âge, jouit d'une santé parfaite; toutes ses fonctions s'accomplissent régulièrement; elle n'a de goutteux, si l'on peut ainsi dire, que la peau de ses mains. Ce fait rentre donc exactement dans la catégorie de ceux qui ont fait dire à Trousseau (1) : « Si les tophus se montrent ordinairement après des accès de goutte articulaire, il est des cas où la sécrétion de la matière calcaire a lieu indépendamment de toute attaque d'arthritis. C'est la *gravelle de la peau*, permettez-moi cette comparaison, appuyée d'ailleurs sur la grande analogie entre la composition des graviers urinaires et des concrétions tophacées. Cette sorte de gravelle de la peau constitue alors la seule manifestation de la diathèse, où n'est accompagnée que d'un sentiment de légère douleur, de picotement, sans aucun trouble de la santé générale. »

REVUE CRITIQUE

Le choléra devant la méthode expérimentale, par A. Netter, bibliothécaire de la Faculté de médecine de Nancy.

Dans toute discussion scientifique, si l'on a à la fois devant soi des *faits d'observation* et des *faits expérimentaux*, c'est

(1) *Lec. cliniq.*, t. III, p. 362.

du point de vue de ceux-ci qu'il faut apprécier ceux-là. Or, dans la question du choléra, les résultats physiologiques des injections d'eau dans les veines étant des faits expérimentaux, ce sont ces résultats qui doivent devenir le point de vue dominant.

Etant donné un cholérique cyanique, en apparence à l'agonie, on lui injecte une suffisante quantité d'eau dans une veine, non seulement, selon le terme consacré, il ressuscitera, mais, durant un temps qui peut varier d'une heure à vingt-quatre heures, il ne paraîtra plus du tout malade, devenant gai et plaisantant avec l'entourage. (Voir, pour l'exactitude de ces faits, mon livre : *Vues nouvelles sur le choléra.....* 1874).

Naturellement, l'eau ainsi introduite dans la circulation se consomme aussitôt et ne tarde pas à s'épuiser, d'une part dans l'humectation des tissus tout à l'heure desséchés et dans les diverses sécrétions et exhalations qui se rétablissent, d'autre part dans les selles et les vomissements trop souvent reparaissant, de sorte que le sujet retombe forcément dans l'algidité.

Est-ce qu'en renouvelant les injections on peut réparer au fur et à mesure les pertes d'eau et maintenir ainsi la résurrection obtenue, la rendre définitive, la convertir en guérison? « La quantité du liquide injecté, a dit M. Dujardin-Beaumetz, « est ainsi un point fort important, et l'on peut voir par les « observations quelles quantités énormes de liquide les mé- « decins anglais ont injectées dans les veines des choléri- « ques.... Dans le plus grand nombre de guérisons obser- « vées, on voit qu'elles ont été obtenues par des injections « souvent répétées de 1,000 à 1,500 grammes de liquide. »

Autre fait expérimental. — La résurrection ayant été déterminée, est-ce que, dans l'ensemble des fonctions rétablies, se compte aussi l'absorption intestinale? Oui, et c'est l'expérience de Lorain qui autorise cette affirmation. Lorain a guéri son moribond avec une seule injection de 400 grammes; mais, aussitôt la résurrection obtenue, il a laissé le malade satisfaire sa soif, au point que l'augmentation constatée dans le poids de l'individu, dès le lendemain de l'opération, a été attribuée par Lorain lui-même « à ce que le ressuscité a bu « plus qu'il n'a excrété ». Au surplus, déjà en 1832, Lizars avait adopté la méthode combinée d'injection et de boissons. « On donne aussi en même temps, a-t-il dit, en boisson, de « l'eau chargée de sels alcalins, mais surtout des lavements « abondants d'eau, chargés des mêmes sels et que l'on s'ef- « force de retenir, même par la compression de l'anus. Les « lavements sont *absorbés rapidement* lorsque l'injection vei- « neuse a produit d'heureux effets, et alors il faut recommen- « cer de temps en temps l'injection dans les veines. Ces re- « mèdes, les uns sans les autres, ne produisent ordinaire- « ment que des effets passagers, mais ensemble ils guéris- « sent. » (C. RENDUS DE L'AC. DES SC., 30 juillet 1832.)

Ces résultats expérimentaux aboutissent aux conclusions suivantes :

1° Ce que l'on appelle *agonie* dans la période cyanique du choléra ne correspond pas à ce que l'on appelle agonie proprement dite, car, dans nulle autre maladie, la médecine ne peut ainsi jouer en quelque sorte avec la vie et le trépas ;

2° L'état connu sous le nom de *cadavérisation cholérique* est d'une nature tout à fait différente de l'état ordinaire de cadavre. (Cette distinction a déjà été établie par Claude Bernard qui a comparé le cholérique organique à un animal hibernant durant la saison froide ; quoique cette comparaison ne me paraisse pas juste, puisque cet animal hibernant est alors endormi, tandis que le cholérique reste éveillé jusqu'à la fin, elle concorde du moins avec mon assertion sur le caractère spécial de la cadavérisation cholérique) ;

3° La cadavérisation cholérique pouvant être expérimentalement dissipée d'un instant à l'autre, il s'ensuit que l'intégrité des tissus, muqueuse intestinale exceptée, n'est nullement compromise ; en d'autres termes, les symptômes les plus graves de la période algide ne le sont qu'en apparence.

Ainsi il se trouve démontré expérimentalement que tout le traitement de la période cyanique consiste à fluidifier le sang et à le maintenir dans l'état de fluidité.

L'introduction de l'eau dans l'organisme peut être tentée par quatre voies différentes, abstraction provisoirement faite ici de la question d'absorption.

a. Par *injection directe dans la circulation*, comme il vient d'être dit.

b. Par *infusion sous-cutanée*, méthode qui vient d'être encore une fois préconisée par le professeur Samuel, de Kœnigsberg (BERLIN. KLIN. WOCHENSCHR., 14 juill. 1884).

c. Par injection *dans la cavité péritonéale*, méthode que j'ai proposée à l'Académie des sciences dans un mémoire adressé pour la séance du 17 avril dernier et qui presque aussitôt a été conseillée également par M. Hayem (REVUE SCIENTIFIQUE).

d. Par *administration, coup sur coup, d'énormes quantités de boissons aqueuses*, méthode de nos prédécesseurs dans le choléra de leur temps.

Telles sont les données expérimentales du point de vue desquelles il y a maintenant lieu d'examiner les idées qu'on a déduites à notre époque de faits d'observation. Je ne m'occuperai ici que de deux de ces idée, l'une émise récemment, l'autre présentement en discussion.

Tout d'abord il y a l'assertion de M. Koch sur la vie et la multiplication du bacille-virgule dans l'eau et sur sa mort dans l'état de dessiccation.

Je dis en dilemme : ou bien ce n'est pas le bacille découvert qui est l'agent spécifique du choléra, ou, s'il en est réellement l'agent, les conditions dans lesquelles, dit-on, il vit et se multiplie dans la muqueuse intestinale, ne peuvent être celles de sa vie au dehors ; car les moribonds de Lorain et de Lizars n'auraient pas pu être ressuscités par la méthode combinée de l'injection d'eau dans les veines avec l'administration de boissons abondantes ; est-ce que ces moribonds n'auraient pas dû expirer immédiatement ?

Je passe à l'examen de l'idée présentement si agitée, à la question de savoir si notre choléra moderne est, oui ou non, de même nature que celui des temps passés ; eh bien, je dis qu'ici encore seule la méthode expérimentale peut résoudre le problème. Expliquons-nous au moyen d'un exemple. En 1830, on est arrivé en Algérie avec l'idée classique de la division des fièvres en continues et intermittentes ; or on connaît les déplorables conséquences qu'a eues cette distinction et aussi comment elle a été renversée. C'est l'expérimentation avec la quinine, partant la thérapeutique, qui a fait triompher l'idée nouvelle, celle de l'identité des fièvres algériennes, idée classique maintenant ; c'est que les essais avec des remèdes appartiennent aussi à la méthode expérimentale, et l'on connaît l'adage : *Morborum naturam ostendunt curationes.* Revenons au choléra.

De Celse à Sydenham et de Sydenham à la fin du siècle dernier, on guérissait sûrement le choléra par le *lavage intestinal*. Il n'y a pas de maladie, ont répété tous nos prédécesseurs, qui tue plus promptement que le choléra, mais il n'en est pas qu'on guérisse plus facilement (*minore momento succurritur*, avait déjà dit Celse). Aucune drogue au début, absolument aucune, point d'opium notamment et, pour tout remède, faire boire des quantités énormes de boissons aqueuses, tel a été le traitement traditionnellement considéré comme héroïque. Partant de là, veut-on savoir si notre choléra moderne est le même que celui des temps passés, finissons par où on aurait dû commencer, essayons la médication ancienne, gardons-nous de donner n'importe quelle drogue, et laissons boire de l'eau. C'est l'identité ou la différence dans les résultats qui résoudra le problème.

On objecte la cessation de l'absorption à la surface de la muqueuse intestinale; mais avec le lavage pratiqué dès le début, dès que la soif surgit, déjà même dans la cholérine, en même temps que vous aiderez à l'élimination du ferment local, en même temps vous préviendrez l'adhérence des débris épithéliaux; or, qui sait si ce n'est pas l'enduit épithélial qui constitue ici l'obstacle à l'absorption? Et puis, est-il bien démontré que l'absorption ne se fait pas pendant la durée entière de la période algide, même dans les moments de la réaction dite fausse? Que dans ces courts moments une grande quantité d'eau se trouve accumulée dans le tube digestif, les dernières boissons n'ayant été rejetées ni par les vomissements ni par les selles, qui oserait affirmer qu'alors le liquide ne rentre pas dans la circulation et que la réaction, de fausse, c'est-à-dire d'*incomplète*, ne peut pas devenir *complète*?

Dans les descriptions laissées par nos prédécesseurs, dit-on ensuite, il n'est pas question d'une période de réaction et le choléra de leur temps ne ressemble au nôtre qu'en temps que période algide. Je réponds qu'aussi dans notre choléra moderne, à la suite du traitement par l'eau, la réaction peut manquer; est-ce que le moribond de Lorain, le lendemain même de l'injection reçue, n'a pas été un convalescent assis dans un fauteuil? Est-ce qu'avec ce fait ne concorde pas le suivant relaté par Tourrette? En 1849, un cholérique cyanique s'était trouvé à la dernière extrémité, il avait reçu l'extrême-onction, et déjà le bruit de sa mort s'était répandu; Tourrette, craignant de rappeler les vomissements, prescrivit, selon son habitude, l'eau très froide et ici en quantité modérée; mais heureusement la garde-malade, ayant vu les bons effets de l'eau, en fit boire, dans l'espace d'une nuit, huit à dix litres. Le lendemain, le malade était convalescent et à trois jours de à rétabli complètement. (Voir la brochure de Tourrette, p. 17, obs. V.)

En ce qui concerne l'extension épidémique du choléra dans ces cinquante dernières années, n'en a-t-on pas l'explication dans la rapidité moderne de nos relations avec l'Inde? De 1817 à 1830, de nombreux navires, ayant le choléra à bord, ont cinglé de l'Inde vers l'Europe, et aucun ne nous a importé le mal; c'est qu'alors, avec les longues traversées des *navires à voiles*, le ferment mourait en route: « Aucun bâtiment, « a-t-il été écrit en 1824 par Scott, n'en a souffert après avoir « dépassé de beaucoup le tropique du Cancer ». Vient l'institution des bateaux à vapeur et les importations se produisent, facilitées encore depuis par le percement de l'isthme de Suez. Ajoutons que si, de 1817 à 1830, le choléra asiatique, ayant d'abord envahi la Perse, s'est ensuite étendu progressivement en Europe par voie de terre, à travers la Russie, ne serait-ce pas la constitution si moderne de l'empire russe qui aurait facilité cette pérégrination? L'unité russe, ne l'oublions pas, date seulement de Pierre le Grand et, avec la fusion des populations qui en est résultée, la contagion a pu amener là pour la première fois l'extension épidémique. Ce n'est pas le choléra, ai-je déjà dit dans mon travail de 1874, qui s'est mis à voyager bizarrement dans notre siècle, ce sont les hommes qui, seulement de notre temps, se sont mis à voyager d'Orient en Europe à travers même la Russie.

Au surplus, dans les temps passés, le choléra n'a pas toujours été une maladie sporadique et tout médecin sait que Sydenham a parlé d'un choléra épidémique. S'il n'a pas noté le caractère contagieux de cette maladie, devrait-il être besoin de rappeler qu'il n'a pas noté davantage le caractère contagieux de la variole? La contagion! Expliquez-nous d'abord pourquoi de nos jours le choléra n'est pas contagieux dans toutes les localités.

CONCLUSIONS.

Toutes nos distinctions modernes entre un choléra nostras et un choléra asiatique, basées sur des faits d'observation et déduites de raisonnements par analogies et inductions, n'ont pas de valeur sérieuse.

Ce sont les faits expérimentaux et les faits thérapeutiques, eux aussi expérimentaux, qui seuls peuvent trancher la question.

Finissons donc par où on aurait dû commencer; adoptons le traitement ancien et, quand il n'aura pas donné les résultats d'autrefois, il sera toujours temps de revenir aux errements actuels.

NOTA. — Pour le traitement ancien, voir Tissot (*Œuvres*, GAZ. MÉD. DE PARIS, 1884, p. 305). Mieux encore, lire dans le JOURNAL DE MÉDECINE MILITAIRE, 1784, une notice de Rougnon de Magny. Aucune drogue, aucune, a dit celui-ci, et faire boire de l'eau de veau légère (bouillon de veau fait avec une once de rouelle de veau pour 2 pintes d'eau, mesure de Paris). — Faire boire tant que dure la soif, au besoin un seau d'eau de veau dans les vingt-quatre heures. On commencera ce traitement le plus tôt possible, et, quelle que soit la violence des vomissements ou de la diarrhée, il ne faut pas s'en inquiéter. Cette boisson sera donnée *fraîche* et non très froide.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

LA DISCUSSION SUR LA QUESTION DU CHOLÉRA A L'OFFICE SANITAIRE IMPÉRIAL DE BERLIN (1).

La question du choléra vient de faire l'objet d'un récent débat à l'Office sanitaire impérial allemand, devant une assistance où figuraient les principaux représentants du corps médical de Berlin. La réunion était présidée par le professeur Virchow. Un questionnaire avait été dressé, comprenant les principaux points à débattre. Nous en reparlerons plus loin. Sur l'invitation de M. Virchow, M. R. Koch a fait précéder le débat proprement dit d'une très longue communication, dans laquelle cet éminent médecin a fait connaître en détail les résultats de ses recherches sur le principe infectieux du choléra. Étant donné l'importance de ce document, nous avons cru devoir en reproduire textuellement les parties principales.

(1) DEUT. MEDIC. WOCHENSCHRIFT, 1884, nos 32 et 32 A.

Après avoir fait ressortir la nécessité d'établir la prophylaxie des maladies infectieuses sur une base scientifique, M. Koch rappelle que l'apparition du choléra en Egypte lui a fourni l'an dernier une occasion propice d'étudier l'étiologie de cette terrible maladie, et il aborde immédiatement l'exposé de ses recherches et des résultats acquis.

M. Koch parle d'abord de l'étonnement qu'il a éprouvé en face des premières autopsies de cholériques qu'il fit en Egypte. En s'en rapportant aux descriptions des ouvrages classiques, il avait dans l'idée que l'intestin des cholériques présente des altérations minimes et qu'il est rempli d'un liquide riziforme. Or dans la plupart des autopsies, il rencontra des lésions profondes et très manifestes. Dans d'autres cas, les altérations étaient plus légères; d'autres enfin répondaient à la description des livres classiques. M. Koch insiste sur ce que, malgré les recherches les plus minutieuses, il lui a été impossible de trouver dans le sang ou dans d'autres organes que l'intestin, des modifications propres à faire croire à la présence d'un principe infectieux. Son attention se concentra donc exclusivement sur les altérations de l'intestin, qu'il catégorise de la façon suivante: Il s'est trouvé des cas où le segment inférieur de l'intestin était, principalement au-dessus de la valvule iléo-cœcale, le siège d'une rougeur d'un brun foncé, qui allait en s'effaçant de bas en haut; il était en outre parsemé d'hémorrhagies superficielles, quelquefois de plaques de nécrose recouvertes d'un dépôt diphtéritique. Le contenu de l'intestin était formé non point par un liquide riziforme, mais par une sérosité sanguinolente d'une odeur fétide. D'autres fois les lésions étaient moins tranchées, la rougeur, moins intense, n'existait en certains points que sous forme de taches, confinant à des plaques de Peyer dont les bords seuls étaient teints en rouge. Cette dernière disposition a quelque chose de tout à fait caractéristique et paraît appartenir en propre au choléra. Dans un nombre de cas relativement très faible, la muqueuse était peu altérée en apparence; elle était un peu tuméfiée et moins transparente; les follicules solitaires et les plaques de Peyer étaient plus saillantes. La muqueuse était légèrement teintée de rose, mais nulle part il n'y avait d'hémorrhagies capillaires. Le contenu de l'intestin était également incolore; il n'avait pas l'aspect de l'eau de riz, mais plutôt celui d'une soupe à la farine. Dans quelques cas seulement, le contenu de l'intestin était formé par une sérosité aqueuse, contenant relativement peu de flocons.

L'examen microscopique de l'intestin et de son contenu a montré que dans quelques cas, principalement dans ceux où des plaques de Peyer étaient injectées à leur périphérie, il s'était fait au siège de l'hyperémie une immigration de bactéries. Celles-ci avaient pénétré en partie jusque dans les glandes en boyaux, en partie entre la membrane basal et l'épithélium, en soulevant ce dernier. Sur d'autres points les bactéries avaient pénétré à une plus grande profondeur. Il s'est rencontré des cas où, à côté de ces bactéries, qui avaient dans une certaine mesure quelque chose de caractéristique quant à leurs dimensions et leur aspect, de telle sorte qu'on les pouvait sans peine distinguer d'autres bactéries, on en voyait appartenant à des espèces différentes, entre autres des bacilles plus gros et plus longs, et des bacilles très fins. Bref, on se trouvait en présence de circonstances identiques que dans les cas de nécrose diphtéritique ou d'ulcérations typhiques de la muqueuse intestinale, où l'on trouve également à côté des bactéries pathogènes, d'autres qui ne le sont point. *A priori*, il y avait donc lieu de considérer les bactéries du premier groupe comme n'étant pas dépourvues de toute influence dans le développement du processus cholérique, tandis que tout le reste faisait l'impression de quelque chose de secondaire; car les bactéries mentionnées en premier lieu précédaient toujours celles du second groupe, elles pénétraient plus profondément et semblaient avoir frayé le chemin aux autres.

C'est seulement dans les cas aigus, où au moment de la mort il ne s'était point encore fait d'hémorrhagies à la surface de l'intestin et où le contenu intestinal n'avait point encore subi la décomposition putride, que les autopsies fournirent des données précises pour élucider la question des microbes pathogènes du choléra. M. Koch a reconnu que plus les cas sont nets et de date récente, plus on voit dans le contenu intestinal prévaloir une espèce déterminée de bactéries, qu'il avait observées déjà dans l'épaisseur de la muqueuse. Dès lors son attention se porta d'une façon spéciale sur cette variété de bactéries, qu'il a baptisée du nom de bacilles en virgules (Kommabacillen) à cause de leur forme arquée.

Le bacille en virgule est moins long (la moitié ou les deux tiers) que le bacille de la tuberculose, mais il est plus épais et en outre il est légèrement incurvé, comme il vient d'être dit. Cette incurvation, dans la plupart des cas, n'est pas plus prononcée que dans une virgule; quelquefois pourtant elle va jusqu'à donner au bacille la forme d'une demi-circonférence. D'autres fois, le bacille est formé par deux arcs juxtaposés, mais incurvés en sens inverse, de telle sorte que le tout a la forme d'un S. Il s'agirait là, présume M. Koch, de deux individus restés accolés l'un à l'autre au moment où un premier bacille s'est multiplié par voie de division. Il arrive assez souvent que les bacilles, par le fait de leur accroissement, s'allongent en fils ondulés qui rappellent assez bien par leur aspect une vis; ils offrent alors une grande ressemblance avec les spirilles de la fièvre récurrente, au point que M. Koch déclare qu'il lui serait impossible de distinguer les deux bacilles l'un de l'autre s'ils étaient placés côte à côte. En tenant compte de ce mode spécial d'accroissement, M. Koch incline à croire que le microbe en virgule n'est pas un bacille vrai, qu'il représente une forme de transition placée entre les bacilles et les spirilles. Il est même possible qu'il s'agisse d'une variété de spirilles dont on n'aperçoit que des fragments dans le champ du microscope. M. Koch rappelle à ce propos que pour d'autres spirilles, pour les spirilles ondulées par exemple, il arrive que des individus de petite taille ne décrivent pas un tour de vis complet, n'étant constitués que par un court bâtonnet plus ou moins incurvé.

Le bacille en virgule se cultive dans du bouillon de viande; il s'y développe avec une rapidité extraordinaire en pullulant activement; on peut utiliser cette circonstance pour étudier les autres propriétés du microbe. L'on dépose sur un couvre-objet une gouttelette d'une culture du bacille, et si on l'examine au microscope à l'aide d'un fort grossissement, on constate que le bacille en virgule est animé de mouvements très vifs. Lorsqu'un certain nombre de bacilles se sont amassés vers le bord du couvre-objet en serpentant les uns à travers les autres, il semble qu'on voie danser un essaim de mouches, hors duquel viennent émerger des fils contournés en pas de vis et animés également d'une agitation très vive.

Les bacilles en virgule se développent dans d'autres milieux de culture, dans le lait par exemple. Ils ne déterminent point la coagulation de ce liquide et ne précipitent pas la caséine, comme le font beaucoup d'autres variétés de bactéries. Le lait ne présente donc aucune altération apparente. Mais quand on en examine une goutte sous le microscope, on y voit grouiller des bacilles en virgule. Ceux-ci peuvent encore être cultivés dans le sérum sanguin et dans la gélatine qui constitue pour les microbe un excellent terrain de culture. L'ensemencement dans la gélatine sert à mettre en évidence les bacilles en virgule, car en se développant dans ce milieu, les bacilles s'agrégent en colonies qui présentent une forme tout à fait caractéristique, celle d'une petite gouttelette pâle, arrondie, avec contour sinueux et dentelé par places. Cette gouttelette prend prématurément un aspect granuleux; de plus elle n'a pas une conformation aussi uniforme que d'autres colonies de bactéries. L'état granuleux s'accentue à mesure que la colonie se développe. Finalement elle offre l'aspect d'un amas de granulations fortement réfringentes ou mieux d'un amas de petits globules de verre. Puis la gélatine se liquéfie au pourtour de la colonie, qui s'enfonce dans la masse gélatineuse en creusant une dépression en entonnoir, au centre de laquelle on aperçoit un petit point brillant. Cet aspect a également quelque chose de tout à fait caractéristique, selon M. Koch. Pour bien juger de l'affaissement de la colonie au sein de la gélatine, M. Koch recommande de procéder de la façon suivante. Après avoir obtenu une culture prise dans une plaque de gélatine, on cherche dans le champ du microscope, en se servant d'un grossissement assez faible, une colonie de bacilles qui se prête bien à l'observation. On touche cet ilot avec un fil de platine préalablement rougi à la flamme, on le dépose avec les bacilles qu'il entraîne dans un tube à réaction avec de la gélatine; on obture ensuite le verre avec de la ouate stérilisée. Sitôt que la culture commence à se développer, on voit se former une dépression en entonnoir dont le sommet correspond au trajet creusé par le fil au moment de l'ensemencement. Peu à peu la gélatine se liquéfie au niveau de ce trajet; on aperçoit nettement une petite colonie qui se développe peu à peu.

Toujours il existe au-dessus une dépression, au niveau de laquelle la gélatine liquéfiée offre un aspect tel qu'il semble qu'une bulle d'air plane au-dessus de la colonie de bacilles. Il semble qu'en se développant celle-ci ait entraîné non seulement la liquéfaction de la gélatine, mais encore une rapide évaporation du liquide formé. On connaît déjà, ajoute M. Koch, de nombreuses variétés de bactéries qui dans les cultures déterminent la liquéfaction progressive de la gélatine au siège de l'implantation. Mais, seules, les colonies de bacilles en virgule produisent des dépressions aussi profondes avec ces lacunes vésiculeuses qui les surmontent. M. Koch insiste encore sur cette particularité, que la liquéfaction de la gélatine ne gagne jamais une extension considérable au pourtour d'une seule et même colonie. C'est tout au plus si la zone de liquéfaction atteint une épaisseur d'un millimètre, tandis que les colonies d'autres variétés de bacilles liquéfient la gélatine sur une étendue d'un centimètre et plus. Quand les cultures du bacille en virgule ont lieu dans un tube à réactif, la liquéfaction de la gélatine s'étend peu à peu et très lentement autour du trajet d'inoculation; au bout d'une semaine environ, toute la masse gélatineuse est liquéfiée. Tous ces détails, dit M. Koch, si insignifiants qu'ils paraissent, ont une grande importance, en tant qu'ils permettent de distinguer les bacilles en virgule des autres variétés de bacilles.

On peut encore cultiver les bacilles en virgule sur de l'agar-agar additionné de bouillon de viande et de peptone. La gelée ainsi obtenue n'est point liquéfiée par les colonies en voie d'accroissement. Enfin, détail important pour l'élucidation de certaines questions, on peut encore cultiver ces bacilles sur des pommes de terre cuite, où leur développement est semblable à celui des bacilles de la morve; ceux-ci forment une couche de bacilles mince, brunâtre; les cultures du bacille en virgule, obtenues sur des pommes de terre, sont d'un brun plus clair, tirant sur le gris.

C'est entre 30° et 40° que les cultures des bacilles en virgule réussissent le mieux; ils résistent du reste assez bien aux températures relativement basses. Ainsi, à une température de 17°, les bacilles se développent encore assez bien, quoique avec une très grande lenteur; au-dessous de 16°, leur développement paraît ne plus se faire. Sous ce rapport, les bacilles en virgule se comportent donc comme les bacilles du charbon. M. Koch s'est demandé si l'exposition à des températures très basses ne tuait pas le bacille en virgule. Pour résoudre cette question, il a, pendant une heure, exposé une culture du microbe en virgule à une température de —10°, de façon à congeler la masse, dont un petit fragment fut ensuite ensemencé dans de la gélatine. Or, il n'y eut pas dans le résultat de cet ensemencement la moindre différence avec une culture ordinaire. Les bacilles en virgule supportent donc parfaitement la congélation. Il en est autrement de la privation d'air et d'oxygène, qui arrête le développement de ces bacilles. Si donc on veut maintenir la division des bactéries en *aérobies* et *anaérobies*, c'est dans la première catégorie que rentrent les bacilles en virgule.

D'une façon générale, les bacilles en virgule se développent avec une rapidité extraordinaire. Leur végétation arrive très vite à son apogée; elle ne reste stationnaire que fort peu de temps, puis elle décroît rapidement. Les bacilles, en périssant, perdent leur forme; tantôt ils paraissent être ratatinés, tantôt ils sont comme gonflés; et ils ne s'imprègnent plus que peu ou point du tout de matières colorantes. Pour bien se rendre compte du mode spécial de végétation des bacilles en virgule, le mieux est de l'étudier dans le contenu intestinal ou dans des déjections des cholériques, où les bacilles en virgule se rencontrent à côté d'autres bactéries. En étalant les matières sur de la terre humide ou sur un linge humide, on voit les bacilles en virgule pulluler extraordinairement en l'espace de vingt-quatre heures, par exemple. Ils prédominent sur les autres bactéries, au point qu'on obtient une culture presque pure; et sur des préparations microscopiques faites avec de semblables cultures, on n'aperçoit guère que des bacilles en virgule. Mais cette végétation exubérante ne dure pas longtemps. Au bout de deux ou trois jours, les bacilles en virgule commencent à dépérir; d'autres bactéries se mettent à pulluler. Les choses, en somme, se passent comme dans l'intestin des cholériques, où la pullulation des bacilles en virgule se fait également avec une extrême rapidité. Toutefois, cette période de végétation est de courte durée, et bientôt les bacilles en virgule disparaissent de l'intestin, surtout quand du sang a transsudé dans ce conduit; on voit alors se développer à la place des bacilles en virgule d'autres bactéries, principalement celles de la putréfaction. Aussi M. Koch incline à admettre que, mis en suspension dans un liquide en pleine

putréfaction, les bacilles en virgule se développent mal et ne tardent pas à périr. Ce point demande à être éclairci par des recherches ultérieures; son importance est considérable, car il n'est pas indifférent de savoir que les bacilles en virgule, en tombant dans une fosse d'aisances, trouvent ici un bon terrain de culture et là un mauvais terrain.

Pour que les bacilles en virgule se développent bien dans un milieu de culture, il faut que celui-ci ne renferme pas sous une forme trop diluée les substances nécessaires à la végétation des bacilles; mais jusqu'ici on ne saurait assigner des limites précises au degré de concentration des milieux de culture. Une autre condition indispensable, du moins quand on utilise comme milieux de culture la gélatine et le bouillon de viande, c'est le défaut d'acidité. Pour peu que la gélatine présente des traces d'acidité, la végétation des bacilles en virgule vient très mal, et elle s'arrête complètement lorsque l'acidité est bien prononcée. Particularité digne de remarque, tous les acides n'exercent pas une action délétère sur les bacilles en virgule, car ceux-ci viennent très bien quand on les cultive sur une tranche de pomme de terre cuite, dont la réaction est franchement acide et due à la présence de l'acide pommique. Dans le bouillon, c'est, selon toute vraisemblance, l'acide lactique, ou quelque phosphate acide qui enraie le développement des bacilles en virgule. Il serait d'un grand intérêt de connaître d'une façon générale les substances qui produisent le même résultat. A ce sujet, M. Koch fait remarquer qu'il n'y a pas de synonymie à établir entre arrêt de développement des bacilles et désinfection. Les bactéries arrêtées dans leur développement ne sont pas pour cela frappées de mort, but que doit atteindre la désinfection. Ainsi, tant que les bacilles en virgule se trouvent plongés dans l'acide carbonique, leur végétation s'arrête, pour reprendre ensuite au contact de l'oxygène.

Davaine a démontré que l'iode est pour la bactérie charbonneuse un poison énergique. M. Koch a étudié l'action de l'iode sur le bacille en virgule, en ajoutant de l'eau iodée à un bouillon réalisant un milieu de culture favorable. L'iode se dissout dans l'eau dans la proportion d'environ 1 pour 4000 de véhicule. Un centimètre cube d'une pareille solution a été mélangé avec 10 centimètres cubes de bouillon, ce qui n'entrava en rien la végétation des bacilles en virgule ensemencés. L'alcool ne produit ce résultat que lorsqu'il est mélangé à un bouillon de culture dans la proportion de 1|10, c'est-à-dire à un degré de concentration qui ne saurait se prêter à des applications thérapeutiques. Le chlorure de sodium, qui n'a été expérimenté que sous forme de solutions à 2 0|0 et au-dessous, n'arrête pas le développement des bacilles en virgule, contrairement à ce qui a lieu avec le sulfate de fer mêlé à un bouillon de culture dans la même proportion. Toutefois, à ce degré de concentration, le sulfate de fer ne tue pas les bacilles en virgule. Si ce sel arrête leur développement dans un bouillon de culture, c'est sans doute parce qu'il précipite les peptones et les albuminates, aliments indispensables à ces parasites; c'est sans doute aussi en vertu de l'acidité que le sulfate de fer communique au milieu de culture. On ne saurait lui assigner une action spécifique sur le bacille. M. Koch est même d'avis qu'en employant ce sel à titre de désinfectant, de parasiticide, on arriverait à un résultat contraire à celui qu'on se proposerait d'atteindre. Jeté dans une fosse d'aisances, le sulfate de fer ne ferait qu'arrêter dans leur développement, et sans les tuer, les bactéries de la putréfaction et les bacilles en virgule; ceux-ci seraient donc soustraits à l'antagonisme des premiers.

(*A suivre.*)

E. Ricklin.

BIBLIOGRAPHIE

Des suggestions hypnotiques, par M. le professeur A. Pitres. Leçons recueillies par M. le docteur Davezac (Extrait du Journal de médecine de Bordeaux). — Librairie Féret et fils, Bordeaux, 1884.

Les curieux phénomènes psychiques du sommeil nerveux ont été considérés de tout temps comme d'essence surnaturelle, ou tout au moins comme inexplicables par les seules ressources de la raison.

Encore aujourd'hui, les esprits les plus éclairés ne peuvent se défendre d'une certaine appréhension sceptique à leur endroit, et quant au gros du public, il ne faudrait guère en gratter l'écorce pour y retrouver, toujours vivaces, les préjugés et les superstitions d'autrefois.

C'est qu'en effet ces phénomènes ont quelque chose d'anormal et de mystérieux qui les rend bien propres à frapper les imaginations, et que, d'autre part, l'esprit humain se trouve naturellement enclin à l'extraordinaire et au merveilleux.

Aussi toutes les tentatives faites jusqu'à ce jour pour porter l'étude des phénomènes somnambuliques sur le terrain scientifique avaient-elles piteusement échoué, et, frappés d'ostracisme par la science, ces phénomènes étaient restés la propriété exclusive des charlatans et des exploiteurs.

Qui ne se rappelle l'accueil peu enthousiaste fait aux premières expériences et aux premiers travaux de la Salpêtrière et la réserve toute diplomatique avec laquelle ils furent accueillis, même au sein du public médical? *Trompeurs* ou *trompés*, telle fut, pendant longtemps, la formule courante.

Et voilà qu'aujourd'hui, après quelques années à peine, l'étude du somnambulisme poursuivie contre vents et marées, en France, par M. Charcot et ses élèves, est définitivement entrée dans le domaine scientifique; voilà que, réalisant chaque jour de nouveaux progrès, elle s'impose peu à peu à l'attention et à la conviction de tous; voilà qu'enfin, chose remarquable, elle devient la source de procédés thérapeutiques aussi efficaces qu'ils sont étranges, en même temps que le point de départ de recherches nouvelles sur les phénomènes les plus intimes de la pensée.

L'hypnotisme devenant science et conduisant par une pente imprévue, mais toute naturelle, à l'étude, peut-être à la solution des problèmes psychologiques les plus compliqués, tel est le pas immense accompli dans ces derniers temps, grâce aux efforts de quelques travailleurs que ni les difficultés de l'entreprise ni la froide méfiance d'un public sceptique ou hostile n'ont pu arrêter dans leurs recherches.

Au premier rang de ces laborieux savants, il convient de citer M. le professeur Pitres, qui, après des travaux et des expériences longtemps poursuivis, n'a pas craint de donner place dans son enseignement à l'étude de l'hypnotisme et de consacrer à la partie la plus délicate de cette étude, celle des *suggestions*, quelques-unes de ses leçons cliniques de l'hôpital Saint-André de Bordeaux.

Esprit froid, positif, méthodique et précis, à l'abri des en-

traînements de la passion scientifique et ennemi des hypothèses, M. Pitres devait nécessairement apporter, dans cette question si complexe et si confuse encore des suggestions hypnotiques, l'ordre, la clarté et la précision qui sont les qualités maîtresses de son talent.

En réalité, on peut dire qu'il s'est ici véritablement surpassé et on reste étonné et presque confondu de voir ainsi réduites à quelques formules claires, nettes et coordonnées dans un ordre logique les récentes acquisitions de la science sur ce difficile et scabreux sujet de l'hypnotisme. Nous devons ajouter que c'est M. le docteur Davezac qui a recueilli ces intéressantes leçons et que M. Pitres ne pouvait choisir de plus élégant et de plus fidèle interprète de sa pensée.

Après un court préambule, consacré à l'historique de la question, le professeur résume l'observation d'Albertine M... qui offre l'un des types les plus achevés de l'hypnotique et chez laquelle il montre la succession des trois phases de l'état d'hypnotisme : l'état cataleptoïde les yeux ouverts, l'état cataleptoïde les yeux fermés et l'état léthargique. La première leçon se termine par la description des phénomènes les plus saillants de l'automatisme hypnotique réalisés sur la malade dans l'état cataleptoïde les yeux ouverts : les *phénomènes d'imitation* et la *prise du regard* qui a donné lieu surtout à la croyance à la transmission magnétique de la pensée et de la volonté et à l'attraction magnétique.

La seconde leçon est consacrée à la description, toujours accompagnée de la reproduction sur le sujet, des principaux phénomènes de suggestion susceptibles de se produire dans l'état cataleptoïde les yeux fermés, d'abord par les attitudes corporelles, ensuite par l'intermédiaire de l'ouïe.

Les suggestions auditives, de toutes les plus importantes, sont divisées par M. Pitres en trois catégories, suivant qu'elles donnent lieu à des phénomènes sensitifs, moteurs ou psychiques. Sans énumérer en détail ces phénomènes, pour la plupart connus de tous aujourd'hui, nous nous bornerons à rappeler, avec M. Pitres, à propos de ceux qui appartiennent à l'ordre psychique, ces pertes totales ou partielles de la mémoire, cette amnésie limitée, cet oubli de telle ou telle personne et même de son propre nom qu'on peut suggérer à l'hypnotisé. Nous signalerons aussi, comme lui, le curieux phénomène décrit par M. Ch. Richet sous le nom d'*objectivation des types* et qui consiste, comme on le sait, dans ce fait qu'après avoir modifié par suggestion la personnalité du sujet on le voit pour ainsi dire entrer dans la peau de son nouveau personnage, quel qu'il soit, et en prendre le ton, le langage et les allures.

M. Pitres termine ce chapitre en insistant sur ces deux particularités importantes, bien que négatives, à savoir que les suggestions ne se produisent pas chez tous les sujets hypnotisables, et que, même chez les sujets hypnotisables les plus suggestibles, elles ne se produisent que dans certaines phases déterminées du sommeil hypnotique.

La troisième leçon a trait aux phénomènes sans contredit les plus intéressants des suggestions hypnotiques, à ces suggestions singulières provoquées pendant l'état d'hypnose et qui se prolongent ou ne se produisent qu'après le réveil.

On sait, en effet, depuis les expériences de MM. Liébeault, Ch. Richet et Bernheim (de Nancy), que non seulement on peut intimer à un hypnotisé un ordre quelconque, immédiatement réalisable, mais encore qu'on peut provoquer chez lui par suggestion soit un phénomène d'ordre somatique ou psychique persistant après le réveil, soit, ce qui est plus curieux encore, un acte à accomplir postérieurement au réveil, après un temps plus ou moins long. Ainsi, en disant à un sujet en état d'hypnotisme : « Tel jour, à telle heure, vous ferez ceci », l'individu accomplit à l'heure dite l'acte suggéré, sans se douter le moins du monde que cette détermination n'est pas née en lui et qu'il n'est dans la circonstance qu'un simple automate obéissant à son insu à une suggestion antérieure.

On devine sans peine quels horizons ouvrent ces faits véritablement surprenants, et combien ils sont gros de conséquences pour l'avenir.

Et il s'agit ici non seulement d'actes volontaires et intelligents, mais encore des phénomènes somatiques et psychiques les plus variés. On peut effectivement imposer de la sorte au sujet tel ou tel rêve pour la nuit suivante, modifier ses zones spasmogènes et frénatrices, le rendre réfractaire aux manœuvres d'hypnotisation soit pour un seul individu, soit pour un moyen déterminé ; on peut enfin, comme l'a fait M. Pitres pour Albertine, le mettre à l'abri, pour un temps donné, de tel ou tel accident morbide.

Quant à ce qui est de l'action de la suggestion, elle peut parfois s'étendre à plusieurs semaines. Dans un cas rapporté par M. Bernheim, un acte suggéré à un sujet endormi le 2 août 1883 a été exécuté, conformément à l'indication suggestive, le 3 octobre suivant, c'est-à-dire soixante-trois jours après. Il est probable même que l'échéance peut être reculée au delà de ces limites.

La quatrième et dernière leçon a pour objet quelques considérations médico-légales relatives aux suggestions. M. Pitres y énumère les actes délictueux ou criminels accomplis sous l'influence des suggestions, en signalant la résistance que les sujets peuvent opposer à certains actes, surtout à ceux qui froissent trop ouvertement leur honnêteté et leur conscience.

Toutefois, malgré leur résistance, qui n'est d'ailleurs pas toujours insurmontable, et malgré la faible part de responsabilité morale qu'on pourrait encore théoriquement leur attribuer, ces individus doivent être considérés par le médecin comme absolument irresponsables, leurs actes, issus de la suggestion, ayant une origine et un caractère nettement pathologiques.

De même leur témoignage est le plus souvent nul ou entaché d'erreur, soit par suite de leur refus de répondre, soit par le fait d'un mensonge volontaire de leur part, soit enfin par l'intervention d'un de ces phénomènes tels qu'hallucinations, illusions, amnésie suggérée, etc., qu'ils sont susceptibles de présenter. Aussi, dans l'état actuel de nos connaissances, est-il prudent de laisser encore l'hypnotisme en dehors des moyens pratiquement utilisables dans la poursuite des enquêtes judiciaires ou des expertises médico-légales.

Je ne puis résister au plaisir de citer en terminant la conclusion si sage et si élevée par laquelle M. Pitres a clos ses leçons. Elle suffira à donner une idée de l'esprit qui a présidé à l'œuvre si remarquable que nous venons d'analyser :

« J'ai terminé, messieurs, l'exposé que je voulais vous faire des principales découvertes accomplies récemment dans l'étude des suggestions hypnotiques. J'ai cherché surtout à vous montrer des faits, des expériences de nature à ne laisser aucun doute dans vos esprits sur la réalité des phénomènes que nous avons étudiés ensemble, et je me suis systématiquement tenu à l'écart de toute interprétation théorique. Peut-être les symptômes psychiques de l'hypnotisme pourront-ils fournir un jour

aux psychologistes des documents qui permettront de mieux comprendre le mécanisme encore si obscur du fonctionnement de l'esprit humain. Mais j'estime que pour le moment toute tentative de systématisation doctrinale serait prématurée. Nous sommes encore tout à fait au début d'une série de recherches dont il est impossible de mesurer la portée et de prévoir les conséquences. Les lois qui présideut aux manifestations psychiques de l'hypnotisme se dégageront peu à peu de l'obscurité qui les cache à nos yeux à mesure que des observations précises se multiplieront. Sachons attendre patiemment que les matériaux des théories futures soient réunis et, en attendant, travaillons avec calme et persévérance sans nous laisser détourner de l'analyse rigoureuse des faits par les sarcasmes des esprits forts qui soupçonnent partout d'astucieuses simulations, ou par les enthousiasmes des crédules qui sont toujours disposés à expliquer ce qu'ils ne comprennent pas par des influences surnaturelles. »

D

D' E. Régis.

FORMULAIRE

Mixture apéritive a employer dans les cas ou l'anorexie coïncide avec une constipation opiniatre et du tympanisme.

Rec.	Vin de gentiane............	300 grammes.
	Vin de rhubarbe.............	100
	Alcoolature de racine d'aconit.	4
	Essence d'anis................	XX gouttes.

M. s. a. Une cuillerée à bouche à la fin du principal repas.

E. R.

NOTES & INFORMATIONS

Choléra

Toulon. — A la date du 13 août, la statistique des hôpitaux de Toulon, dressée depuis le commencement de l'épidémie donnait les renseignements suivants :

Hôpital civil. — Depuis le commencement de l'épidémie jusqu'au 13 juillet, époque de l'évacuation sur Bon-Rencontre : 103 cholériques, dont 71 morts.

Hôpital Bon Rencontre. — Du 14 juillet, jour de l'ouverture, au 13 août : 167 cholériques, 84 décès.

Hôpital principal de la marine. — 280 cholériques, 44 décès

Hôpital Saint-Mandrier. — 28? cholériques, 44 décès.

L'épidémie continue d'être en décroissance à Toulon.

— Marseille. — Le Bulletin officiel de l'état civil de Marseille fournit les renseignements suivants, sur le nombre des décès cholériques pendant le dernier septenaire :

Du 7	au	8	août,	mortalité totale	53	Décès cholériques		15
8	—	9	—	—	45		—	14
9	—	10	—	—	49		—	14
10	—	11	—	—	42		—	15
11	—	12	—	—	41		—	11
12	—	13	—	—	47		—	12
13	—	14	—	—	45		—	20

— Arles. — Il s'est produit dans le courant de la semaine une légère recrudescence de l'épidémie cholérique. Le chiffre de la mortalité se maintient à un taux relativement modéré, mais le nombre des malades est considérable.

— Avignon. — L'épidémie est en décroissance marquée à Avignon. Dans la journée du 12 on signalait un seul décès cholérique.

— Carcassonne (13 août). — On signale 10 décès cholériques à Carcassonne et 30 malades en traitement.

— Digne. — Le choléra sévit depuis plusieurs jours dans l'arrondissement de Sisteron. Aux Omergues, village de 500 habitants, près de 40 décès sont survenus en deux jours.

Une mission scientifique a été envoyée de Lyon aux Omergues.

— Montpellier. — Des décès cholériques sont signalés sur un assez grand nombre de points de l'Hérault : à Agde, à Cette, à Mèze, à Bédarieux, à Estréchoux. A Gigean l'épidémie est en décroissance.

— Nîmes (13 août). — Un décès cholérique est signalé à Nîmes et un autre à Robiac, localité du département du Gard.

— Perpignan. — Le choléra a fait son apparition dans le département des Pyrénées Orientales. Le 13 août on signalait 5 cas, dont 2 suivis de mort, et 3 cas à Rivesaltes, dont 1 décès. On signale également des cas dans les communes environnantes de Perpignan.

— Privas. — Le choléra continue de faire des victimes dans un certain nombre de localités de l'Ardèche : Vogué, à Ruoms, à Lavilledieu.

— Toulouse. — On annonce que le choléra a fait son apparition à Toulouse.

***

L'inauguration du Dispensaire, 149, rue d'Alésia, fondé par Mme Furtado-Heine, a eu lieu mardi 12 août. M. Quentin, directeur de l'Assistance publique, présidait la séance. Tous les médecins attachés au dispensaire étaient présents : MM. les docteurs Benjamin Anger, chirurgien de l'hôpital Lariboisière ; Edouard Meyer, oculiste ; Caudron, Ménière, otologiste ; Paul Cuffer, Coumeton et Moreau-Marmond.

— Ligue anti-vivisectionniste. — La réunion générale des adhérents à la Ligue populaire contre l'abus de la vivisection a eu lieu le jeudi 7 août, rue Saint-Lazare, 65. La réunion a décidé qu'il ne serait pas pourvu, jusqu'à nouvel ordre, au remplacement du président démissionnaire. Le comité d'organisation, pour l'année 1884-85, est composé comme il suit : M. le docteur Bossu, M Ritt, M. Duménil, M. Brunswick-Lhérie, trésorier, et Mme Marie Huot, secrétaire.

La troisième conférence de la Ligue aura lieu à Auxerre.

R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie. — On annonce la mort du docteur Cathala fils, de Montpellier, du docteur Meilheurat, de La Palisse ; du docteur Bouillaney, chirurgien de marine, à Marseille, du choléra ; du docteur Rorertz, directeur d'une académie de médecine au Japon ; du docteur Jacquinet, de Chalantre-la-Grande.

— On annonce également la mort du docteur Burq, bien connu pour ses travaux sur la métallothérapie.

Faculté de médecine de Lille. — Par décision ministérielle du 23 juillet 1884, M. le docteur Leloir, est chargé du cours clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Lille (chaire nouvelle).

— Par décision ministérielle du même jour, M. le docteur Castelain, chargé des fonctions d'agrégé près la même Faculté, est chargé en outre, pour une période de cinq années, d'un cours complémentaire de clinique des maladies des enfants et de syphilis infantile.

Hôpitaux de Paris. — *Concours pour les prix à décerner aux élèves externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices et la nomination aux places d'élèves internes. Année 1884.* — L'ouverture du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le mercredi 8 octobre, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'administration, avenue Victoria, 3. MM. les élèves externes en médecine et en chirurgie de deuxième et de troisième année sont prévenus qu'en exécution du règlement ils sont tous tenus de prendre part au concours des prix, sous peine d'être rayés des cadres des élèves des hôpitaux et hospices. — Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 1er septembre jusqu'au mercredi 24 septembre inclusivement.

Concours pour la nomination aux places d'élèves externes en médecine et en chirurgie vacantes au 1er janvier 1885 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. — L'ouverture du concours pour l'externat aura lieu le jeudi 9 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'administration, avenue Victoria, 3. Les étudiants qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 1er septembre jusqu'au mercredi 24 du même mois, inclusivement.

Concours des asiles d'aliénés. — Ce concours sera ouvert le lundi 20 octobre 1884, à midi, à l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3. MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 15 septembre et sera clos le mercredi 1er octobre 1884, à trois heures.

Conditions et programme du concours. (Extrait de l'arrêté préfectoral du 9 juillet 1880, approuvé par le ministre de l'intérieur). — Les candidats qui se présentent aux concours ouverts pour les places de médecin-adjoint des quartiers d'aliénés dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière doivent justifier de la qualité de Français et être âgés de 28 ans au moins. Ils doivent justifier en outre, de quatre années d'internat dans des hôpitaux et hospices de Paris ou dans les asiles publics d'aliénés et d'une année de doctorat. Les candidats doivent se présenter au secrétariat général de l'administration pour obtenir leur inscription en déposant leurs pièces et signer au registre ouvert à cet effet quinze jours au moins avant l'ouverture du concours. Les candidats empêchés devront demander leur inscription par lettre chargée. Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée pour la clôture du registre ne peut être accueillie. Le jury du concours est formé dès que la liste des candidats a été close.

Cinq jours après la clôture du registre d'inscriptions, chaque candidat peut se présenter au secrétariat général de l'administration pour connaître la composition du jury. Si des concurrents ont à proposer des récusations, ils forment immédiatement une demande motivée par écrit et cachetée, qu'ils remettent au directeur de l'administration. Si, cinq jours après le délai ci-dessus fixé, aucune demande n'a été déposée le jury est définitivement constitué, et il ne peut plus être reçu de réclamations. Tout degré de parenté ou d'alliance entre un concurrent et l'un des membres du jury donne lieu à récusation d'office de la part de l'administration. Le jury du concours pour les places de médecin-adjoint du service des aliénés dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière se compose de huit membres, savoir : quatre médecins tirés au sort parmi les médecins aliénistes des hôpitaux et hospices en exercice ou honoraires, les médecins chefs de service des asiles publics d'aliénés du département de la Seine en exercice ou honoraires, le médecin du bureau d'admission de Sainte-Anne après cinq ans d'exercice, et trois médecins tirés au sort parmi les médecins des hôpitaux en exercice ou honoraires.

Les épreuves du concours pour la place de médecin-adjoint du service des aliénés dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière sont réglées de la manière suivante :

1o Une épreuve écrite sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux pour laquelle il sera accordé trois heures ;

2o Une épreuve clinique commune sur un malade. Il sera accordé au candidat dix minutes pour l'examen et vingt minutes pour développer oralement son opinion devant le jury, après cinq minutes de réflexion ;

3o Une épreuve clinique sur les maladies mentales : un seul malade. Il sera accordé vingt minutes pour l'examen et vingt minutes pour la dissertation, après cinq minutes de réflexion ;

4o Une épreuve écrite comprenant une consultation après l'examen d'un aliéné, et un rapport sur un cas d'aliénation mentale. Il sera accordé au candidat quinze minutes pour l'examen de chacun des malades, et une heure et demie pour la rédaction du rapport et de la consultation.

La lecture de cette consultation sera faite au début de la séance suivante ;

5o Une épreuve clinique sur deux malades d'un service d'aliénés.

Le candidat aura quinze minutes pour l'examen de chacun des deux malades et trente minutes pour la dissertation orale, après cinq minutes de réflexion. — Le maximum des points à attribuer pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit : pour la première épreuve écrite, 30 points ; pour l'épreuve clinique commune, 20 points ; pour l'épreuve clinique sur les maladies mentales, à un seul malade, 20 points ; pour la deuxième épreuve écrite, 30 points ; pour l'épreuve clinique sur deux malades, 30 points.

— Hôpital de la Pitié. — Sur le rapport du ministre de l'intérieur, vu les délibérations du conseil municipal de Paris des 6 août 1881 et 11 avril 1884, l'avis du conseil de surveillance de l'administration générale de l'Assistance publique du 6 août 1881,

Le Président de la République française décrète :

Art. 1er. — Est déclaré d'utilité publique :

1o L'agrandissement de l'hôpital de la Pitié ;

2o L'élargissement des rues de la Pitié et Daubenton.

*
* *

M. Landouzy, agrégé, remplaçant M. le professeur Hardy, fera, les mardis et samedis, à 11 heures, des leçons cliniques. Visite tous les jours à 9 heures : le jeudi, examen et interrogatoire des malades par les élèves. Première leçon clinique le mardi 26 août.

*
* *

MM. les docteurs Paul Gibier et Edgar Bérillon, de la Faculté de médecine de Paris, sont officiellement désignés pour aller remplir une mission médicale dans le département du Var.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Thèses de doctorat soutenues pendant l'année scolaire 1884

90. M. Coutand. Contribution à l'étude de la colique du Poitou,

considérée comme une intoxication saturnine. — 91. M. Biat. Péritonite tuberculeuse à forme ascitique. — 92. M. Vincent. Traitement du varicocèle, application de la méthode antiseptique. — 93. M. Ruyssen. De l'ergotinine dans le diabète sucré. — 94. M. Jacquemart. Contribution à l'étude du rôle étiologique de la ménopause. — 95. M. Baratier. De la vaginite et de son traitement par des applications locales de copahu. — 96. M. Bourel-Roncière. Kystes hydatiques des muscles. — 97. M. Delarue. Du traitement du « genu valgum » par l'ostéoclasie. — 98. M. Deschand. De la mort subite par œdème cérébral chez les vieillards atteints de néphrite interstitielle. — 99. M. Gaudefroy. Des principales causes de mort dans la néphrite interstitielle chronique. — 100. M. Knœri. De la santé des ouvriers employés dans l'industrie cotonnière.

Décès notifiés au bureau municipal de statistique de la ville de Paris du vendredi 1 au jeudi 7 aout 1884.

Fièvre typhoïde 44. — Variole 1. — Rougeole 19. — Scarlatine 2. — Coqueluche 11. — Dipthérie, croup 16 — Dysentérie 1. — Erysipèle 7. — Infections puerpérales 6. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 54. — Phthisie pulmonaire 167. — Autres tuberculoses 13. — Autres affections générales 82. — Malformation et débilité des âges extrêmes 43. — Bronchite aiguë 9. — Pneumonie 55. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 138, — au sein et mixte 62. — Inconnu 14. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 87. — de l'appareil circulatoire 42. — de l'appareil respiratoire 57. — de l'appareil digestif 64 — de l'appareil génito-urinaire 25. — de la peau et du tissu lamineux 7. — des os, articulations et muscles 8. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 40. — Causes non classées 6. — Total de la semaine : 1080 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Guide de thérapeutique aux eaux minérales et aux bains de mer, par le docteur Ch. Campardon avec une préface du docteur Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine, etc. 1 vol. in-18 cartonné diamant — Prix : 5 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Traité clinique des maladies de l'enfance, par le docteur Cadet de Gassicourt, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie. Tome III et dernier : Diphthérie, affections cérébrales. 1 vol. gr. in-8 de 600 pages avec 40 tracés.— Prix : 12 fr. L'ouvrage est maintenant terminé. Prix des 3 vol. : 36 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Etudes médicales du professeur Lasègue. 2 vol. in-8 de près de 2,000 pages. — Prix : 25 fr. — Paris, Asselin et Cie, libraires de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine.

Médecine et thérapeutique rationnelles, par le docteur Henri Coiffier, du Puy (membre de la Société internationale des électriciens). Paris, 1884. 1 vol. in-18 de 482 pages avec figures. — Prix : 6 fr. 50. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

55e année. 7e série. Tome Ier. N° 34 23 AOUT 1884

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

CHIRURGIE PRATIQUE

RÉFLEXIONS SUR DEUX CAS DE FRACTURE DE LA CLAVICULE,
par LUCIEN PICQUÉ.

Pendant notre séjour à l'hôpital de la Charité, nous avons eu l'occasion d'observer quatre cas de fracture de la clavicule : deux de ces cas produits par cause directe ont guéri dans les délais ordinaires et n'ont rien présenté de particulier à considérer ; le troisième a offert une particularité symptomatique dont nous dirons quelques mots à la fin de cet article. Enfin le quatrième a présenté quelques difficultés de traitement sur lesquelles noue croyons intéressant d'attirer l'attention.

Voici d'abord le fait :

Première observation. — La nommée Dauguet (Joséphine), âgée de seize ans, doreuse sur bois, entre le 6 août 1882 à la Charité, dans le service de M. Berger, salle Sainte-Catherine, n° 23.

Cette malade raconte qu'il y a deux jours elle est tombée sur l'épaule et qu'immédiatement elle a ressenti une douleur excessive dans la région de la clavicule; dès le début, l'impotence fonctionnelle a été absolue.

A l'examen, on constate au niveau du tiers externe de la clavicule une saillie considérable qui est le siége d'une crépitation osseuse très facile à saisir.

L'épaule est manifestement rapprochée du sternum ; la mensuration de l'espace inter-sterno acromial donne 2 centimètres de raccourcissement du côté malade.

De plus, on constate un abaissement du moignon de l'épaule bien visible quand on examine la malade de face ; enfin, vue de côté, on observe aisément que l'épaule occupe un plan antérieur à celui de l'épaule du côté sain.

En résumé, on a affaire à une fracture du tiers externe avec le triple déplacement classique du moignon de l'épaule.

Le déplacement est facilement réductible, mais difficile à maintenir réduit, et comme le sujet est docile, M. Berger prescrit l'emploi de l'appareil spécial recommandé par M. Verneuil pour obvier au cal difforme et à la déviation consécutive.

L'appareil est ainsi placé :

Une gouttière plâtrée immobilise le coude à angle droit et doit servir de point d'appui au lac contentif

Pendant qu'un aide corrige le déplacement, en maintenant l'épaule dans une bonne position, une attelle plâtrée claviculaire, correspondant à toute la portion fracturée de l'os, est modelée en creux dans la dépression sus-claviculaire, de façon à reproduire le moule exact de la clavicule à ce niveau.

C'est une sorte de bande de tarlatane large de 3 doigts, épaisse de huit doubles et placée en écharpe perpendiculairement à cet os. Cette pièce desséchée et solide est replacée, après avoir pris la précaution toutefois d'interposer un peu d'ouate entre elle et la peau.

Une bande de caoutchouc est alors placée de façon à former une ellipse dont les deux extrémités du plus grand diamètre prennent un point d'appui sur le moule claviculaire et sur la gouttière antibrachiale, près du coude. Pour modifier en même temps que la tension l'axe de traction sur la clavicule et lui donner une direction oblique de haut en bas et de dehors en dedans, un morceau de bande de toile, prend un point d'appui sur l'aisselle opposée et est attachée aux deux extrémités du petit diamètre de l'ellipse élastique qu'elle rapproche ainsi de la partie opposée du thorax. L'appareil est complété par un petit coussin axillaire, une écharpe de Mayer et un bandage de Desault.

La malade supporte très bien cet appareil et, grâce aux soins attentifs de M. Hache, interne distingué du service, qui chaque jour surveille les points d'appui et l'axe de traction pour lui conserver sa direction, la réduction se maintient convenablement jusqu'à complète consolidation.

Le 31, l'appareil est définitivement enlevé; le déplacement suivant l'épaisseur n'existe pas, le cal est régulier ; mais l'appareil n'a pu remédier au déplacement suivant la direction et suivant la longueur ; c'est dire que, s'il n'existe qu'un cal peu appréciable, l'épaule n'en reste pas moins abaissée et portée en dedans par le raccourcissement de la clavicule. La malade quitte l'hôpital le 10 septembre.

RÉFLEXIONS. — Dans toute fracture classique de la clavicule avec déplacement, il se produit, comme l'on sait, une triple attitude vicieuse du moignon de l'épaule, caractérisée par son abaissement et sa projection en avant et en dedans. Ces attitudes sont sous la dépendance des déplacements qui se font dans le foyer de la fracture.

Le déplacement selon l'épaisseur amène la projection en avant, le déplacement selon la direction entraîne le moignon en bas ; enfin le déplacement selon la longueur ou le chevauchement produit la projection en dedans ou pour mieux dire le raccourcissement de l'espace inter-sterno-acromial.

De ces trois déplacements, le deuxième seulement est produit par le poids du membre qui tend à entraîner constamment le moignon en bas.

La contraction du sous-clavier surtout, et c'est là un point sur lequel les auteurs n'ont peut-être pas suffisamment attiré l'attention, tend à produire le troisième déplacement (raccourcissement) et peut-être aussi le premier par la direction légèrement oblique de son axe de traction.

Je n'ai dans tout ce qui précède parlé que du fragment externe, l'interne subissant des déplacements qui ne retentissent pas sur l'attitude du membre et qui partant n'agissent que pour modifier la déformation de la clavicule et se trouvent en conséquence justiciables d'agents thérapeutiques spéciaux.

On voit par ce rapide exposé que le chirurgien aura ainsi à lutter spécialement contre le poids du membre et l'action de

la pesanteur d'une part et contre la contraction du sous-clavier de l'autre.

Ajoutons à cela les agents de compression directe que le chirurgien aura à employer pour lutter contre les déplacements du fragment interne et corriger la déformation qui en résulte.

On sait combien est grande la diversité des moyens employés dans ce but. Certains chirurgiens, découragés par la difficulté d'obtenir une correction complète de la difformité, ont été jusqu'à y renoncer complétement, se contentant d'immobiliser le membre contre le thorax, pour éviter, en supprimant la mobilité dans le foyer de la fracture, les complications inflammatoires qui auraient pu s'y produire.

Certes les exemples sont nombreux qui prouvent que les mouvements du membre ont pu récupérer leur intégrité même avec la persistance de l'attitude vicieuse. L'exemple bien souvent cité du cuirassier observé par Gerdy montre bien que même avec une pseudarthrose les mouvements du bras peuvent s'exercer facilement, et nous pourrions ajouter encore les cas de Chassaignac en 1836, de Dubut en 1861, qui viennent bien confirmer cette manière de voir. Mais il n'en est pas toujours ainsi et nombreux sont les malades qui guérissent avec une impotence fonctionnelle plus ou moins prononcée ; du reste, la persistance d'un cal n'est pas non plus sans inconvénients. M. Polaillon rapporte un cas qu'il a eu l'occasion d'observer en 1872 à l'hôpital de la Clinique et dans lequel le cal comprimait l'artère sous-clavière et donnait lieu à un engourdissement douloureux dans le membre, ainsi qu'à un abaissement de la température et à un affaiblissement notable de la contractilité musculaire.

En dehors de tous ces inconvénients que nous n'avons pas à envisager dans cet article, ajoutons que la question seule de l'esthétique doit, chez les femmes en particulier, engager le chirurgien à corriger le plus possible l'attitude vicieuse et l'asymétrie qui en est la conséquence.

Le traitement n'a de raison d'être évidemment que dans les cas de fracture avec déplacement, lorsque toutefois le déplacement est facilement réductible, l'intervention devenant inutile dans les fractures irréductibles.

Il est évident, d'autre part, que le traitement ne pourra utilement être tenté comme l'indique M. Polaillon que chez les sujets dociles. Notre malade, sous ce rapport, a montré, pendant tout son séjour à l'hôpital, la plus grande docilité.

Quel appareil devra-t-on choisir ?

Ils sont nombreux, avons-nous dit, et remplissant tous la triple indication de reporter le moignon de l'épaule en haut, en arrière et en dehors. Malheureusement, ces appareils ne remplissent ces indications que fort incomplétement, et l'on sait les critiques qui ont été dirigées à diverses époques contre le plus célèbre de tous, l'appareil de Desault.

Le plus efficace pour s'opposer à la déformation de la clavicule est assurément celui employé par M. Verneuil ; chez notre jeune malade, elle existait à peine lorsqu'on enleva l'appareil, et l'on peut dire aussi que la projection de l'épaule en avant est évitée par la pression constante exercée par l'arc antérieur de l'ellipse jetée en écharpe au-devant de l'épaule. Mais cet appareil n'a pu dans notre cas obvier au déplacement selon la longueur et selon la direction, c'est dire que chez notre malade le raccourcissement de l'espace inter-sterno-acromial et l'abaissement de l'épaule ont persisté dans une notable proportion.

Notre excellent maître M. Berger nous disait à ce propos qu'il en était souvent ainsi dans la pratique et qu'on ne pouvait que bien difficilement s'opposer à la persistance de ces deux déplacements.

Ce qui doit s'opposer à la correction du premier, c'est bien souvent au début les inclinaisons de la colonne vertébrale, les attitudes spéciales du malade qui masquent le déplacement aux yeux du chirurgien ; j'ai aussi parlé du procédé de la bande de toile pour modifier l'axe de la traction élastique : ce procédé, indispensable pour assurer une compression permanente, est lui-même défectueux au point de vue qui nous occupe ; la bande se relâche et dès lors amène un abaissement proportionnel du moignon de l'épaule ; on pourrait remédier peut-être un peu à cet abaissement en employant, comme nous l'avons fait, l'écharpe Sévère ; mais on sait que nous n'avons pu éviter malgré cela un certain degré d'abaissement.

Reste le deuxième déplacement : c'est en vérité le muscle sous-clavier qui, en dehors de l'action mécanique produite par l'agent contondant, sollicite le plus efficacement le fragment externe à se porter en dedans.

Un appareil de traction directe, s'il était possible à ce niveau, serait là, comme ailleurs, le meilleur moyen de lutter contre ce déplacement. Malheureusement la thérapeutique ne possède que le coussin axillaire encore bien délaissé. Nous pensons cependant qu'il a sa raison d'être et que l'on doit y avoir recours toutes les fois qu'il ne présente pas d'inconvénients pour les téguments du creux axillaire. Le tampon d'ouate qu'on place généralement dans l'aisselle a un autre but, celui d'éviter les excoriations en écartant les téguments et en évitant leur contact, surtout chez les sujets gras ; mais il est trop mou, se laisse aplatir trop facilement et ne remplit que trop incomplètement le but que se proposait Desault.

Une remarque me paraît ici importante. Si l'on n'a à sa disposition que des moyens insuffisants de lutter contre ce chevauchement incessant des fragments, on doit éviter avec soin tous les agents qui favoriseraient cette tendance. Or l'appareil de Desault qu'on emploie communément aujourd'hui non comme moyen de réduction, mais comme agent de contention, paraît avoir ici le fâcheux inconvénient, par ses bandes circulaires, d'exagérer le chevauchement.

Nous pensons donc qu'on doit, si on veut l'employer, supprimer les jets de bande circulaires ou mieux les remplacer par l'écharpe Sévère, telle que l'applique M. Gosselin par exemple, et qui est un excellent moyen de contention.

En résumé, trois points doivent être surtout envisagés au point de vue de l'esthétique, dans le traitement de la fracture classique de la clavicule avec déplacement :

1° La déformation au foyer de la fracture, qu'on fera facilement disparaître par l'emploi de l'appareil de M. Verneuil, tel que nous l'avons employé. Au lieu de modifier par un seul appareil les trois attitudes vicieuses, comme le voulait Desault, il nous semble préférable, comme nous l'avons dit, de lutter séparément contre chacune d'elles en particulier ;

2° L'abaissement du moignon de l'épaule est, en vérité, très difficile à corriger ; mais on a contre elle la traction élastique de l'appareil précédent, qui, bien placée et rigoureusement surveillée, présente de sérieux avantages.

3° Le raccourcissement de l'espace inter-sterno-acromial : c'est celui contre lequel on a le moins de prise. Il nous semble qu'on ne doit pas négliger l'emploi des coussins de Desault, s'il est toutefois toléré. On devra de plus renoncer, pour les

raisons déjà données, aux jets de bande circulaire de l'appareil Desault, si l'on s'en sert, ou mieux, avoir recours à l'écharpe Sévère de M. Gosselin. Nous ne parlons pas de la projection de l'épaule en avant, attitude assez facilement corrigeable par la bande élastique.

Il nous reste en terminant à relever une particularité symptomatique qui s'est présentée chez un de nos malades.

Pour Boyer, l'impossibilité des mouvements d'élévation était un signe constant des fractures siégeant en dedans de l'apophyse coracoïde. Bichat avait expliqué le fait en invoquant une cause mécanique. Plus près de nous, Gerdy et Velpeau démontrèrent que souvent les malades conservaient le pouvoir de mettre leur main sur la tête, mais que dans ce cas la douleur au foyer de fracture n'existait pas. Il restait donc bien prouvé que la douleur est la principale, sinon l'unique cause, qui apporte aux mouvements du membre supérieur un obstacle dans les cas de fracture de la clavicule même accompagnée de déplacement.

Le malade qui fait l'objet de cette deuxième observation a offert un cas de ce genre, et, bien que ces faits soient aujourd'hui bien connus, il nous a semblé tontefois intéressant de les publier à la fin de cet article.

Deuxième observation. — Le nommé Kestuis (Charles), âgé de 39 ans, tailleur, entre le 14 novembre 1882 à la Charité, dans le service de M. Berger, salle Sainte-Vierge, n° 36.

Le malade, qui est un alcoolique invétéré, a reçu des coups dans la nuit; il a perdu connaissance et ne sait pas s'il est tombé sur l'épaule.

Il existe au niveau du tiers externe de la clavicule du côté gauche une fracture à peu près transversale avec déplacement suivant l'épaisseur; le malade ressent à ce niveau une douleur vive. L'épaule est abaissée et portée en avant. La distance inter-sterno acromiale n'est que peu diminuée.

Il y a absence complète de troubles fonctionnels. Le malade porte facilement sa main à la tête; il n'existe pas d'impotence du membre.

Un appareil contentif ordinaire est placé le 17 novembre, plutôt pour empêcher l'usage du membre chez un malade indocile que pour obvier aux déformations.

Il quitte l'hôpital le 25 décembre dans l'état suivant : la saillie claviculaire est assez prononcée, mais on sait qu'elle tend à disparaître peu à peu par résorption progressive du cal; l'épaule se trouve abaissée et portée en avant; l'attitude vicieuse du moignon de l'épaule au début de l'accident a presque entièrement persisté. Les mouvements du membre s'exercent facilement.

Notre homme était un alcoolique et présentait une indolence complète de son foyer défectueux; c'est ce qui explique évidemment la persistance des mouvements, fait qui, dans un cas de fracture accompagnée de peu de déplacement, pourrait donner le change à un examen superficiel.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

PÉRITONITE CIRCONSCRITE DANS LA CONVALESCENCE D'UNE FIÈVRE TYPHOÏDE ; GUÉRISON, par P. DALCHÉ, interne des hôpitaux.

La nommée Garn... (Augustine) entre le 6 décembre 1883 dans le service de M. Empis à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Anne, n° 10, pour une fièvre typhoïde.

L'affection suit son cours sans présenter de phénomènes particuliers ; la convalescence s'établit et vers le 2 ou 3 janvier 1884 la malade commence à manger. Huit jours après elle se lève et tout permet d'espérer une guérison complète et rapide, lorsque pendant la nuit du 15 au 16 janvier la malade est prise de douleurs en ceinture, de nausées avec mal à l'estomac. Cependant elle ne vomit pas, se calme et nous raconte alors que dans les premiers jours où on lui avait permis une alimentation légère pareil accident lui était arrivé. Dans le courant de la journée, elle va trois fois à la selle et rend des matières bilieuses.

Le 17 janvier, à neuf heures du matin, subitement elle ressent dans l'hypochondre droit, un peu au-dessous du foie, une douleur vive intense qui lui arrache des cris et des larmes. Elle ne vomit pas, n'a pas de nausées ni de frissons et va à la selle une fois.

Le soir sa température est ordinaire, le pouls bon ; le ventre n'est pas ballonné et le visage nullement grippé, mais elle souffre toujours beaucoup du côté droit et attire l'attention sur une grosseur qui s'est formée en cet endroit. En effet, au-dessous du foie, on constate une tumeur large comme la paume de la main, sans battements à sa surface et très douloureuse à la palpation la plus légère. Aussi la délimitation en est-elle difficile et l'examen du reste est fait avec une extrême prudence.

Le 18 janvier, l'état est le même. La tumeur n'a pas augmenté, et dans les points qui l'avoisinent le ventre n'est nullement douloureux. Aucun signe de péritonite généralisée ; il n'y a pas eu de selle depuis la veille ; pas de fièvre, le pouls est très bon. On prescrit opium 0 gr. 04 centigr., diète presque complète, repos absolu au lit.

Le soir, la malade ne souffre pas et ne se plaint que lorsque l'on essaie de palper la tumeur. Elle a eu quelques coliques, mais pas de selles. — T. S 37°.

19 janvier. — Bon état général. La tumeur a légèrement gagné en bas; le reste du ventre est souple, sans météorisme ni douleur. On continue opium, 0,04 centigr.

21 janvier. — Le mieux s'est accentué; la palpation n'est plus douloureuse et la tumeur a diminué en surface; elle est très nettement séparée du foie, et en plongeant la main du côté de l'ombilic on sent la masse formée par les intestins agglutinés.

22 janvier. — La malade va à la selle pour la première fois.

23 janvier. — La tumeur a beaucoup diminué, n'est nullement douloureuse; on supprime l'opinm, mais on continue à faire garder le repos le plus complet.

27 janvier. — La malade a recommencé à manger, va régulièrement à la selle; on ne sent plus au-dessous du foie qu'une tumeur grosse comme une noix, dont la palpation n'est plus douloureuse.

4 février. — La malade veut sortir de l'Hôtel-Dieu, mais conserve encore une nodosité sous le foie.

Cette observation nous montre une malade prise dans la convalescence d'une dothiénentérie d'accidents dont le pronostic avait d'abord paru très grave. A la période de la fièvre typhoïde où elle était arrivée, le brusque début d'une vive douleur localisée en un point de l'abdomen devait faire craindre une perforation intestinale ; c'est le diagnostic qui fut porté et nous nous attendions à voir éclater tous les symptômes d'une péritonite aiguë. La marche de l'affection nous fit écarter l'idée d'un danger aussi immédiat. Au lieu d'une péritonite généralisée, nous vîmes évoluer une péritonite circonscrite. En effet, qu'aurait pu être cette tumeur si douloureuse que nous avons trouvée sept heures environ après le début des accidents et que la malade elle-même avait constatée auparavant, sinon une masse d'intestins agglutinés entre eux par des fausses membranes plus ou moins épaisses ? La situation de la tumeur au-dessous du foie et bien au-dessus de la fosse iliaque ne permit pas de songer à une pérityphlite.

De semblables péritonites circonscrites ont été signalées dans le courant de la fièvre typhoïde, mais elles se terminent

fréquemment par un abcès stercoral s'ouvrant soit à l'extérieur, soit dans l'intestin ; on a cité aussi des cas de péritonite circonscrite se développant par voisinage sans perforation intestinale.

Ce que notre observation nous a paru présenter de particulier, c'est la terminaison favorable et rapide sous l'influence de l'opium et d'un repos absolu.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

La discussion sur la question du choléra a l'office sanitaire impérial de Berlin (1).

Suite. — Voir le numéro 33.

Cet exemple, conclut M. Koch, est tout à fait propre à faire voir combien il importe de distinguer les uns des autres les agents qui ne font qu'arrêter la putréfaction et ceux qui exercent sur les bactéries une action réellement délétère, car les premiers peuvent tout au plus servir à la conservation des principes infectieux.

En fait d'autres substances antiparasitaires, M. Koch mentionne les suivantes, avec le degré de concentration auquel elles arrêtent la végétation du bacille en virgule ; l'*alun* au 1/100°, le *camphre* au 1/300°, l'*acide phénique* au 1/400°, chiffre qui concorde assez bien avec ce que nous savons de l'action antiparasitaire de l'acide phénique par rapport à d'autres bactéries ; l'*essence de menthe poivrée* au 1/2,000°, le *sulfate de cuivre* au 1/25,000°.—Ce dernier agent a donc une action assez puissante. Néanmoins il est facile de montrer par le calcul que les quantités de sulfate de cuivre nécessaires pour arrêter le développement des bacilles en virgule dans le tractus intestinal ne sauraient être administrées impunément chez l'homme ;—la *quinine* au 1/5,000°, le *sublimé*, supérieur à ce point de vue à tous les autres agents antiparasitaires, au 1/100,000°.

Les recherches de M. Koch sur l'action des substances capables d'entraver la végétation des bacilles en virgule ont en outre démontré que ceux-ci périssent avec une très grande rapidité sous l'influence de la dessiccation.

Ce fait a suggéré à M. Koch l'idée de rechercher jusqu'à quel point la dessiccation arrête le développement ultérieur du bacille en virgule. On sait que certaines variétés de bactéries pathogènes, qui donnent naissance à des spores, peuvent être conservées sous cette forme à l'état de parfaite sécheresse, sans que leur vitalité soit définitivement anéantie. On sait de même que le contage de la variole et le principe du vaccin résistent également pendant des années à la dessiccation.

Pour juger la question en ce qui concerne le bacille en virgule, M. Koch a étalé sur de la toile humide des déjections cholériques et le contenu intestinal provenant de cadavres de personnes mortes du choléra, de façon à placer les bacilles en virgule dans des conditions favorables à leur végétation. Des morceaux de cette toile étaient ensuite desséchés après des périodes de temps variables, quelques-une au bout de vingt-quatre heures par exemple ; d'autres au bout de quelques jours ; d'autres encore après plusieurs semaines. L'examen de ces morceaux de toile a fait voir que toujours les bacilles étaient frappés de mort complète ; donc, lorsqu'ils sont desséchés, les bacilles en virgule ne se trouvent pas dans cet *état de résistance durable* qu'on observe pour d'autres bactéries. Or M. Koch insiste sur ce que la contamination par le linge souillé des cholériques est le point le mieux établi en ce qui concerne la contagion de cette maladie. Si donc quelque part le bacille en virgule devait se rencontrer dans cet état de résistance durable, c'est bien dans le linge souillé par les déjections des malades. M. Koch a enfoui des déjections cholériques dans la terre ; il les a étalées à la surface du sol maintenu sec ou bien humecté ; il les a arrosées avec de l'eau marécageuse et abandonnée à la décomposition. Les bacilles ont été ensuite cultivés pendant six semaines dans de la gélatine, dans du sérum sanguin, dans du lait, sur des pommes de terre où le bacille du charbon émet avec une rapidité extraordinaire une grande quantité de spores. Jamais il n'a été possible d'obtenir le bacille en virgule à l'état de résistance durable, contrairement à ce qui a lieu pour la plupart des bacilles connus. Ce résultat est donc fait pour étonner, et à ce propos M. Koch rappelle que selon toute vraisemblance, le microbe en virgule n'est pas un bacille vrai, qu'il semble appartenir à la catégorie des bactéries contournées en pas de vis, des spirilles. Or nous ne connaissons pas encore de formes durables des spirilles. Celles-ci ne végètent que dans des liquides et ne résistent pas à la dessiccation comme la bactéridie charbonneuse. Aussi M. Koch doute qu'on puisse jamais obtenir le bacille en virgule à l'état de résistance durable, manière de voir qui concorde avec ce que nous savons de l'étiologie du choléra.

Une fois la preuve acquise que le bacille en virgule représente une variété de bactérie bien caractérisée, il fallait, poursuit M. Koch, s'enquérir de ses relations avec le processus cholérique. Rencontre-t-on le bacille en virgule dans tous les cas de choléra ? Ne le rencontre-t-on jamais dans d'autres maladies, autrement dit appartient-il en propre au choléra ? En Egypte, M. Koch a pratiqué 10 autopsies de cholériques, qui peuvent servir à élucider cette question. L'examen microscopique lui a constamment fourni la preuve de la présence du bacille en virgule dans les déjections et dans la paroi de l'intestin. Dans 42 autopsies faites aux Indes, la même preuve a été fournie à la fois par l'examen microscopique et par les expériences de culture. Dans une série de cas de choléra à marche suraiguë, l'intestin renfermait les bacilles en virgule à l'état de culture presque pure. En outre, aux Indes, les déjections de 32 cholériques ont été examinées au point de vue de la présence des bacilles en virgule ; le résultat a toujours été positif. Les matières vomies ont été examinées dans un assez grand nombre de cas ; deux fois seulement elles renfermaient des bacilles, et encore la composition des matières autorisait à croire qu'elles provenaient de l'intestin. Elles étaient formées par un liquide alcalin et avaient tout à fait l'aspect des déjections alvines. M. Koch a découvert les bacilles en virgule dans des préparations provenant de 8 cadavres cholériques, qui lui avaient été adressées antérieurement de l'Inde et d'Alexandrie. Enfin, dans 2 autopsies récentes, qu'il a faites à Toulon avec MM. Straus et Roux, il a trouvé les bacilles en virgule dans la muqueuse intestinale, ainsi que dans les déjections de deux autres malades. Dans ces deux examens nécroscopiques, pratiqués très peu de temps après la mort des sujets dont l'un avait été enlevé par un choléra à

(1) D'après le compte rendu sténographié paru in Deut. medicin. Wochenschrift, 1884, nos 32 et 32 A.

marche foudroyante, les bacilles en virgule se rencontraient dans l'intestin à l'état de culture presque pure.

En somme, le total des cas de choléra dans lesquels M. Koch a pu démontrer la présence du bacille en virgule soit dans la muqueuse de l'intestin, soit dans les déjections, s'élève à près de 100. Ces recherches ont démontré en outre un rapport direct entre les bacilles et le processus cholérique. C'est dans les cas où ce processus entraîne les altérations intestinales les plus profondes, et cela principalement dans la dernière portion de l'intestin grêle, que les bacilles en virgule se rencontraient en plus grand nombre, et ils devenaient de plus en plus rares à mesure que l'on remontait dans l'intestin. Dans les cas les plus nets, ils formaient des cultures presque pures. Plus le dénouement fatal s'est fait attendre, plus l'intestin a été envahi par des altérations secondaires, et plus les bacilles en virgule perdent en importance dans les constatations nécroscopiques. En se basant sur les faits, M. Koch se croit donc autorisé à conclure que les bacilles en virgule ne font jamais défaut dans les cas de choléra, qu'ils constituent par rapport à cette maladie quelque chose de spécifique.

En manière de contrôle, M. Koch a fait des recherches parallèles sur un grand nombre de cadavres de sujets non cholériques. Il a examiné les déjections de personnes bien portantes ou qui avaient une maladie autre que le choléra; il a examiné aussi d'autres substances qui servent généralement d'asile aux bactéries, afin de voir si les bacilles, qui ne font jamais défaut dans les cas de choléra, ne se rencontreraient pas ailleurs. Ces recherches ont porté entre autres sur un sujet qui avait eu le choléra six semaines auparavant et qui avait succombé à l'anémie. Il fut impossible de découvrir dans les tuniques de son intestin la moindre trace de bacilles en virgule. Ont été examinées également les déjections d'un homme qui sept ou huit jours auparavant avait eu une attaque de choléra et dont les matières fécales commençaient à reprendre une certaine consistance; dans ce cas également, la recherche des bacilles en virgule aboutit à un résultat négatif. Une trentaine d'autres nécropsies ont donné des résultats concordants, et M. Koch a soin de dire qu'il a choisi de préférence des cadavres provenant de sujets qui avaient succombé à des affections de l'intestin : dysentérie, catarrhe intestinal des pays chauds, fièvre typhoïde, typhus bilieux. Dans ce dernier cas, les altérations intestinales affectent à première vue une grande ressemblance avec celles qu'on observe dans les cas de choléra compliqués d'entérorrhagie. L'intestin grêle, dans sa portion inférieure, est également le siége d'une infiltration hémorrhagique; mais celle-ci intéresse d'une façon prépondérante les plaques de Peyer, contrairement à ce qui a lieu dans les cas de choléra. Néanmoins il ne fut jamais possible de découvrir dans ces cas, des bacilles en virgule. Et pourtant l'expérience apprend que ces affections intestinales prédisposent tout particulièrement au choléra. On eût donc pu s'attendre à ce que les bacilles en virgule, si tant est qu'ils soient communs à d'autres maladies que le choléra, se rencontreraient de préférence dans les cas d'affections intestinales. Une série d'examens des selles de dysentériques a donné des résultats absolument négatifs. Il en a été de même des recherches poursuivies par M. Koch à Berlin, dans des cas de diarrhée infantile, de diarrhée de nature variable chez des adultes; de même encore il a été impossible de découvrir le bacille en virgule dans l'enduit recueilli à la surface des dents et de la langue, et qui est si riche en bactéries. Pour donner encore plus de variété à ces expériences de contrôle, M. Koch a empoisonné des chiens au moyen de l'arsenic, ce qui a pour conséquence de développer chez les animaux empoisonnés un ensemble de symptômes assez semblables au choléra. Dans ces conditions, le contenu de l'intestin renfermait une foule de bactéries, mais jamais de bacilles en virgule. Il ne fut pas davantage possible de déceler ceux-ci dans l'eau putride qui avait servi au lavage des égouts de Calcutta, dans les eaux chargées d'immondices du fleuve Hughli, dans une foule de ces flaques d'eau qui dans les villages de l'Inde se trouvent placées entre les huttes et renferment une eau très corrompue. Une seule fois M. Koch a réussi à découvrir dans l'eau qui baigne, au moment de la marée haute, un terrain situé à l'est de Calcutta et connu sous le nom de *Salt-water-lake*, une variété de bactérie qui, à première vue, présentait une grande ressemblance avec le bacille en virgule; mais, en les examinant attentivement, ces bactéries apparaissaient manifestement plus grosses et plus épaisses; ensemencées dans de la gélatine, elles ne produisaient pas la liquéfaction de cette substance comme les bacilles en virgule. M. Koch ne se souvient pas avoir jamais vu, dans le cours de sa longue carrière d'histologiste, des bactéries ressemblant aux bacilles en virgule. D'autres histologistes lui ont fait les mêmes aveux.

Reste à déterminer les rapports du bacille en virgule avec le choléra. A cet égard, trois hypothèses sont possibles :

On peut admettre que le processus cholérique favorise la végétation du bacille, en lui préparant un milieu de culture favorable précisément à la pullulation de cette variété de bactéries. S'il en était ainsi, il faudrait admettre également que tout homme possède déjà en lui des bacilles en virgule au moment où il vient à être atteint du choléra, car ces bacilles ont été rencontrés dans les localités les plus variées, aux Indes, en Egypte, en France, chez des sujets appartenant à des nationalités très différentes. Cette variété de bactéries devrait être une des plus répandues et des plus communes. Or, c'est le contraire qui a lieu, si on s'en rapporte aux faits énoncés plus haut. Cette première hypothèse n'est donc pas soutenable.

En second lieu, on pourrait expliquer la coexistence régulière et constante du bacille en virgule et du processus cholérique en admettant que le choléra crée un ensemble de conditions grâce auxquelles une des nombreuses variétés de bactéries, qui se rencontrent normalement dans notre intestin se modifie en acquérant la forme et les propriétés des bacilles en virgule. Mais c'est là une hypothèse gratuite, fait remarquer M. Koch, à l'appui de laquelle on ne trouve à invoquer aucun fait positif. Nous ne savons encore rien jusqu'ici d'une semblable métamorphose d'une variété de bactérie en une autre. Nous voyons bien des bactéries éprouver des modifications dans leurs propriétés physiologiques et pathogènes, mais non dans leur forme. Le bacille charbonneux, par exemple, perd sa virulence quand il est traité d'une certaine façon; sa forme reste intacte. Il se passe là du reste le contraire de ce qui se produirait si des bactéries intestinales inoffensives se métamorphosaient en bacilles du choléra, les plus malfaisants entre tous. Bref, il n'existe encore aucun exemple probant de cette transformation d'une bactérie indifférente en bactérie pathogène. Une pareille hypothèse, qu'on pouvait à la rigueur émettre il y a quelques années, à l'origine des recherches microbiennes, paraît de plus en plus insoutenable à mesure que

progressent nos connaissances concernant l'histoire des bactéries. Il paraît acquis que celles-ci ont une forme immuable. En ce qui touche les bacilles en virgule, M. Koch fait remarquer qu'ils conservent toutes leurs propriétés lorsqu'on les cultive en dehors de l'organisme humain.

La troisième hypothèse consiste à admettre un rapport direct de causalité entre le processus cholérique et le bacille en virgule, à considérer ce dernier comme le germe qui précède et engendre la maladie. Les raisons qui s'opposent à l'hypothèse *contraire* ont déjà été développées.

Donc, pour M. Koch, le bacille en virgule est le germe, la cause du choléra. Pour mettre hors de doute l'exactitude de cette opinion, il faudrait faire intervenir des preuves expérimentales. On a affirmé que le choléra se rencontre chez les vaches, les chiens, les poules, les éléphants, les chats et chez d'autres espèces animales. En réalité, nous ne possédons jusqu'ici aucune preuve sérieuse à l'appui de ces assertions. D'autre part, les expériences faites dans le but de transmettre le choléra aux animaux par voie d'expérimentation ou bien ont abouti à des résultats négatifs ou bien n'ont pas conservé une valeur probante, infirmées qu'elles ont été par des expériences postérieures. M. Koch, lors de son voyage en Orient, avait emporté 50 souris sur lesquelles il a fait les expériences d'inoculation les plus variées. Il a mêlé à leurs aliments des déjections de cholériques, le contenu intestinal recueilli à l'autopsie de malades emportés par le choléra. Pour rester fidèle autant que possible au programme suivi par Thiersch dans ses expériences sur les souris blanches, M. Koch s'est servi pour ses propres expériences de matières déjà en voie de décomposition. Malgré tout, les souris qui ont fait l'objet de ces tentatives sont restées en bonne santé. Des expériences d'inoculation pratiquées sur d'autres animaux — singes, chats, poules, chiens — ont donné des résultats négatifs. Les tentatives d'inoculation faites avec des produits de culture du bacille en virgule n'ont pas réussi davantage. D'ailleurs, quand les produits de culture étaient mêlés aux aliments des animaux en expérience, l'examen du contenu du tube digestif des animaux sacrifiés faisait voir que les bacilles en virgule avaient perdu leur vitalité déjà dans l'estomac.

Les expériences faites avec d'autres variétés de bactéries ont donné des résultats contraires. Ainsi, pendant son séjour à Calcutta, M. Koch a pu observer un micrococcus qui se colore en prenant une teinte d'un très beau rouge, de sorte qu'il est extrêmement facile à reconnaître. Sur les conseils de M. Koch, le docteur Barclay a nourri des souris avec des matières tenant ce micrococcus en suspension. Le contenu intestinal de ces animaux était ensuite cultivé sur des tranches de pomme de terre. On obtint de la sorte des cultures sous forme de colonies rouges formées par le micrococcus en question, lequel avait donc pu traverser impunément l'estomac des souris. Au contraire, les bacilles du choléra sont détruits dans l'estomac. On pourrait en conclure que l'insuccès des tentatives faites pour communiquer le choléra aux animaux en mêlant le contage à leurs aliments tenait à cette circonstance. C'est ce qui détermina M. Koch à injecter les matières contaminées directement dans l'intestin des animaux, à l'aide d'une seringue de Pravaz et à travers une incision abdominale. Les animaux supportaient parfaitement ces manipulations; leur santé n'était pas altérée. Il en fut de même chez des singes auxquels on introduisit des déjections cholériques dans le gros intestin à l'aide d'une longue sonde et en remontant le plus possible. Le résultat fut tout aussi négatif chez des animaux auxquels on avait préalablement administré un purgatif, de façon à développer un certain degré d'irritation intestinale. Toutefois, en injectant des cultures pures du bacille en virgule dans les vaisseaux d'un lapin, on réussit à rendre l'animal très malade; au bout de quelques jours, il se rétablit. Quand on injecte des cultures pures dans la cavité abdominale d'une souris, l'animal succombe au bout de 24-48 heures, et on retrouve des bacilles en virgule dans son sang. M. Koch ajoute qu'au Bengale, où la population est très dense et où par conséquent la promiscuité entre gens et bêtes ne doit pas être chose rare, on n'a jamais observé de choléra chez les animaux domestiques en contact avec les personnes atteintes de cette maladie. Il y a donc tout lieu d'admettre que les animaux jouissent par rapport au choléra d'une grande immunité. Pareille chose s'observe pour la lèpre, dont la nature parasitaire ne saurait plus faire aucun doute. Inversement, il existe des zoonoses qui ne sont pas transmissibles à l'homme, la peste bovine par exemple. C'est une loi commune à presque toutes les variétés de parasites de ne pouvoir s'attaquer qu'à un petit nombre d'espèces animales.

M. Koch cite comme une autre preuve du rôle qu'il attribue au bacille en virgule dans le développement du choléra, preuve qui équivaut à une expérience, la contamination qui s'exerce par l'intermédiaire du linge souillé. D'autre part, M. Koch a réussi à découvrir des bacilles en virgule dans un de ces étangs de l'Inde dont l'eau sert indifféremment aux usages alimentaires et autres usages domestiques. Les Indiens s'y baignent quotidiennement, y lavent leur linge, y déversent leurs eaux ménagères. Or, sur les 200 ou 300 personnes qui habitaient les huttes environnantes, un grand nombre étaient alors frappées du choléra et 17 succombèrent. L'épidémie était à son apogée au moment où les bacilles en virgule figuraient en très grand nombre dans l'eau de cet étang et contrairement à ce qui fut constaté plus tard, lorsque l'épidémie était déjà en décroissance.

M. Koch montre ensuite combien ses vues sur le rôle du bacille en virgule concordent avec ce que nous savons sur l'étiologie du choléra. Avant d'analyser cette partie de son remarquable exposé, nous allons mettre sous les yeux de nos lecteurs les dessins (1) d'un certain nombre de préparations histologiques afférentes aux recherches de M. Koch.

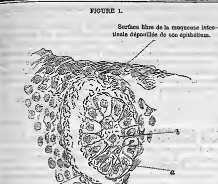
Voici, d'autre part, les renseignements qu'a donnés M. Koch sur la question de technique :

La préparation se fait suivant le procédé ordinaire. On étale et on dessèche sur une plaque couvre-objet un flocon de mucus provenant de déjections cholériques ou du contenu de l'intestin. On flambe le couvre-objet trois fois à la flamme d'un bec de gaz ou d'une lampe à alcool; on le plonge dans une solution aqueuse de bleu de méthyle ou de fuchsine; au bout de quelques secondes, on l'égoutte et on l'utilise immédiatement pour l'examen microscopique, en se servant d'un système à immersion 1/12 avec l'appareil à éclairage d'Abbe.

Les coupes de la muqueuse intestinale doivent être durcies dans l'alcool absolu; on les laisse séjourner ensuite pendant vingt-quatre heures dans une solution aqueuse forte de bleu de méthyle, ou bien on les colore plus rapidement en ayant

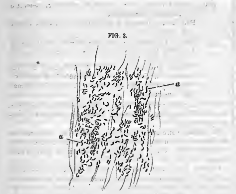
(1) Les clichés de ces dessins ont été mis obligeamment à notre disposition par M. G. Reimer, éditeur à Berlin, grâce à l'intervention de M. le docteur P. Bœrner, que nous tenons à remercier ici. E. R.

FIGURE 1.



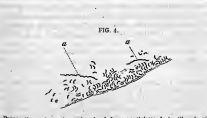
Préparation représentant une surface de coupe de la muqueuse de l'intestin d'un cholérique. Elle montre la section transversale (*a*) d'une glande en tube. A l'intérieur (*b*) de la glande, et entre l'épithélium et la membrane basale (*c*), on aperçoit de nombreux bacilles en virgule, à un grossissement de 600 diamètres.

FIG. 3.



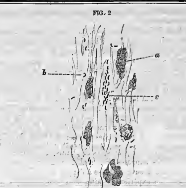
Préparation représentant des déjections de cholériques conservées pendant deux jours sur de la toile humide. Il s'est fait une pullulation très active de bacilles en virgule, parmi lesquels on en découvre (*a*) qui ont la forme d'un S. Grossissement de 600 diamètres.

FIG. 4.



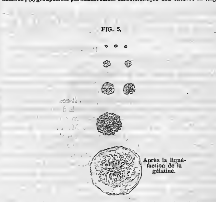
Préparation qui représente le rebord d'une gouttelette de bouillon de viande avec une culture pure de bacilles en virgule ; (*a*) longs filaments en pas de vis. Grossissement de 600 diamètres.

FIG. 2

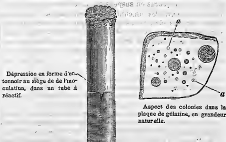


Contenu de l'intestin d'un cholérique examiné à un grossissement de 600 diamètres : (*a*) noyeaux de cellules épithéliales mortifiées ; (*b*) bacilles semi-circulaires ; (*c*) groupement particulièrement caractéristique des bacilles en virgule.

FIG. 5.



Colonie de bacilles en virgule cultivée dans une plaque de gélatine et examinée à un grossissement de 80 diamètres.



Dépression en forme d'entonnoir au siège de de l'inoculation, dans un tube à réactif.

Aspect des colonies dans la plaque de gélatine, en grandeur naturelle.

soin de chauffer la préparation; puis on les traite suivant le procédé ordinaire.

Pour la technique des cultures, qui sont presque toujours le complément indispensable de l'examen microscopique lorsqu'il s'agit de rechercher le bacille en virgule, M. Koch donne les indications suivantes : un petit flocon de mucus est ensemencé dans dix centimètres cubes de gélatine de culture (gélatine à la peptone et au bouillon de viande) renfermant 10 0/0 de gélatine et à légère réaction alcaline); on opère un mélange exact en agitant la masse. On répand ensuite la gélatine liquide sur une plaque de verre horizontale, refroidie à l'aide de la glace. En étalant cette gélatine avec un bâton de verre, elle se prend rapidement en masse solide. La plaque est ensuite déposée sous une cloche maintenue à l'état d'humidité jusqu'à ce que se développent des colonies de micrococques. On l'examine ensuite à un grossissement convenable.

(A suivre.)

NOTES & INFORMATIONS

LETTRE ET RAPPORT PRÉSENTÉS AU MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE ET DES BEAUX-ARTS PAR LA COMMISSION CHARGÉE DE CONTRÔLER LES EXPÉRIENCES DE M. PASTEUR SUR LA PROPHYLAXIE DE LA RAGE.

Paris, le 6 août 1884.

Monsieur le ministre,

Après avoir soumis aux Académies des sciences et de médecine les résultats de ses expériences sur les *inoculations préventives de la rage*, M. Pasteur vous a prié de vouloir bien nommer une commission officielle devant laquelle il répéterait ces expériences, afin de leur donner le plus grand caractère possible d'authenticité. Vous avez obtempéré à son désir et vous nous avez confié l'honorable mission d'assister aux démonstrations que M. Pasteur se proposait de faire pour produire les preuves de la réalité de la grande et mémorable découverte qu'il avait annoncée au monde savant.

Nous sommes heureux, monsieur le ministre, de venir porter aujourd'hui témoignage devant vous que M. Pasteur n'a rien avancé qui ne fût rigoureusement exact. Oui, la science, entre ses mains, a résolu le problème de rendre le chien réfractaire à la rage par une inoculation préventive du virus atténué de cette maladie, comme elle avait réussi, par une méthode identique, à investir l'organisme du mouton d'une complète immunité contre les atteintes du charbon. Le rapport que nous vous soumettons aujourd'hui ne laisse à cet égard aucun doute possible. Tous les chiens que M. Pasteur nous a déclarés *réfractaires*, de par l'immunité qu'il leur avait conférée, ont résisté aux épreuves d'inoculation qui leur ont été faites avec les virus les plus forts et par les procédés reconnus les plus sûrs, tandis que la plupart des chiens qui leur servaient de *témoins*, c'est-à-dire qui ont été soumis aux mêmes épreuves, sans avoir été prémunis contre leurs effets, par une inoculation préventive, n'ont pu les supporter et ont péri par la rage.

Ce résultat est décisif.

Mais d'autres expériences restent à faire, notamment pour apprécier la durée de l'immunité dont les chiens sont investis par l'inoculation préventive et surtout pour résoudre cette autre question d'une si grande importance au point de vue de la prophylaxie de la rage humaine, celle de savoir si après une morsure reçue, l'action préventive de l'inoculation avec le virus atténué peut être efficace à annuler celle du virus inoculé par la morsure.

M. Pasteur a commencé devant la commission les expériences qui ont pour objet la solution de ce grand problème, mais on conçoit qu'en pareille matière rien ne se peut faire de rigoureux sans le temps et le nombre.

Nous vous soumettons aujourd'hui, monsieur le ministre, ce rapport sur la première série des expériences dont nous venons d'être les témoins, afin que M. Pasteur puisse s'en autoriser dans la communication qu'il se propose de faire, au congrès scientifique international de Copenhague, sur ces magnifiques résultats qui honorent à un si haut degré la science française et lui constituent un nouveau titre à la reconnaissance de l'humanité.

Veuillez agréer, etc.

Le président de la commission,
BOULEY (de l'Institut).

A M. Fallières, ministre de l'instruction publique et des beaux-arts.

Paris, le 4 août 1881.

Monsieur le ministre,

Dans le courant du mois de mai dernier, M. Pasteur vous demandait de nommer une commission à laquelle il désirait soumettre les magnifiques résultats auxquels l'avaient conduit ses expériences sur la rage.

Vous avez aussitôt obtempéré au désir de l'illustre savant dont s'honore la France, et, par votre arrêté du 19 mai, vous avez désigné :

MM. Béclard, doyen de la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine.
Paul Bert, professeur à la Faculté des sciences, membre de l'Institut.
Bouley, professeur au Muséum, membre de l'Institut.
Tisserand, directeur au ministère de l'agriculture, conseiller d'Etat.
Villemin, professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie militaire, membre de l'Académie de médecine.
Vulpian, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Institut.

Cette commission, dite *de la rage*, s'est constituée en votre présence le 28 mai; elle a nommé M. Bouley président et M. Villemin secrétaire.

En quittant votre cabinet, elle s'est rendue au laboratoire de M. Pasteur, rue d'Ulm, 45, et rue Vauquelin, 14, où elle a visité l'installation des locaux et plusieurs animaux en cours d'expérience.

Pendant cette visite, son attention est appelée sur un cobaye inoculé de la rage la veille par la méthode de la trépanation et avec un virus d'une intensité extrême. M. Pasteur annonce que cet animal sera pris de rage cinq jours après l'inoculation, c'est-à-dire le 1er juin. Il affirme en outre qu'en continuant à inoculer successivement des cobayes avec un fragment de bulbe du cobaye précédent, on provoque constamment la rage des sujets en cinq jours.

Cette précision dans les résultats a été, en effet, ultérieurement reconnue parfaitement exacte par la commission qui a suivi le développement de la rage dans une série de cobayes successivement inoculés. Tous ont manifesté les symptômes de la maladie au bout des cinq jours annoncés.

La commission remarque encore plusieurs lapins inoculés depuis huit jours par un virus violent et qui sont affectés de rage paralytique.

Séance du 1er juin. — Le contrôle des expériences sur les chiens a commencé le 1er juin. Afin d'abréger ses travaux, la commission propose à M. Pasteur de modifier un peu les termes du programme de sa note académique des 19 et 20 mai. L'inoculation de la rage à la surface du cerveau au moyen de la trépanation constituant le procédé le plus rapide et le plus sûr, la commission exprime le désir de commencer tout d'abord les expériences d'ino-

culation par ce mode opératoire. M. Pasteur s'empresse d'accepter cette proposition, et, séance tenante, on inocule : 1° deux chiens traités antérieurement par M. Pasteur et considérés par lui comme réfractaires à la rage ; 2° la même opération est ensuite pratiquée sur deux chiens indemnes de tout traitement antérieur, chiens neufs pris à la fourrière, pour servir de terme de comparaison et témoigner de l'activité virulente de la substance employée.

On inocule en outre deux lapins avec le même procédé et le même virus.

La matière d'inoculation est prise sur le bulbe d'un chien atteint de rage des rues, mort la veille à l'infirmerie d'Alfort. Un fragment de ce bulbe est délayé dans du bouillon stérilisé et deux gouttes de ce liquide sont instillées sous la dure-mère de chaque animal.

A cet effet, on applique une petite couronne de trépan de cinq à six millimètres de diamètre et, la rondelle osseuse enlevée, on introduit le liquide d'inoculation au moyen d'une seringue de Pravaz dont l'extrémité de l'aiguille est recourbée presque à angle droit. De cette façon, l'injection se fait immédiatement au-dessous de la dure-mère, sans intéresser la pulpe cérébrale.

M. Pasteur annonce qu'étant donnée la nature du virus rabique employé, les lapins ne prendront la rage que dans un intervalle de douze à quinze jours environ, qu'il en sera de même des deux chiens témoins et que les réfractaires ne la prendront ni tôt ni tard, quel que soit le temps pendant lequel la commission les tienne en observation.

Séance du 3 juin. — Une dépêche de M. le vétérinaire Bourrel, demeurant rue Fontaine-au-Roi, 7, ayant annoncé qu'il avait dans son infirmerie un chien rabique furieux et très mordeur, rendez-vous est pris par la commission qui se fait précéder chez M. Bourrel par un chien vacciné contre la rage par M. Pasteur et par un chien neuf pris à la fourrière destiné à servir de témoin. On fait mordre ces deux animaux par le chien rabique.

Séance du 4 juin. — M. Bourrel ayant avisé la commission que le chien enragé de la veille avait conservé toute sa vigueur et était encore en état de mordre, on conduit chez lui deux nouveaux sujets ; l'un réfractaire prélevé parmi les vaccinés du chenil de M. Pasteur et l'autre sortant de la fourrière. Ces deux chiens sont mordus par le chien enragé comme ceux de la veille.

Nous devons noter que la commission, afin de rendre les expériences plus décisives, a eu le soin, hier et aujourd'hui, de présenter en premier lieu au chien furieux les chiens réfractaires, dans la pensée que la bave des premières morsures pouvait être plus abondante et plus efficace.

Séance du 6 juin. — Le chien rabique furieux utilisé chez M. Bourrel pour les morsures des 3 et 4 juin ayant succombé à la maladie rabique le 6 au matin, la commission se réunit dans l'après-midi dans le laboratoire de M. Pasteur et procède avec le bulbe de cet animal à l'inoculation, par trépanation, de six autres chiens.

De ces 6 chiens :

1° 3 sont déclarés réfractaires à la rage par M. Pasteur ;

2° Les 3 autres sont neufs et sortis de la fourrière. Des 3 réfractaires de cette série, il s'en trouve 2 dont l'immunité contre la rage a déjà été éprouvée par inoculation sous la dure-mère le 9 juin 1882 et par inoculation dans la veine du jarret le 17 juin 1883.

Dans cette séance, on inocule en outre 2 lapins par trépanation et avec la même matière.

Séance du 10 juin. — M. Bourrel ayant prévenu qu'il avait dans son infirmerie un chien enragé furieux et mordeur, la commission fait conduire chez lui deux chiens pour être mordus par le rabique : un réfractaire et un chien neuf de la fourrière

Séance du 15 juin. — La commission constate : 1° qu'un des chiens témoins trépanés le 1er juin est pris de rage furieuse ; il est inquiet, ne mange plus depuis le 13, et se précipite pour mordre contre tout ce qui touche sa cage ; 2° que les lapins trépanés le 1er juin sont atteints de paralysie rabique ; elle se traduit par une grande faiblesse des membres, surtout du train de derrière, le moindre choc les renverse et ils éprouvent une grande difficulté pour se relever. Cette paralysie a commencé le matin du 14.

Séance du 16 juin. — La commission constate que le deuxième chien témoin inoculé le 1er juin, dont elle avait remarqué l'allure suspecte la veille, est aujourd'hui dans un état de rage confirmée. Elle s'assure ensuite du bon état de santé des chiens réfractaires.

Séance du 17 juin. — Sur une dépêche de M. Bourrel, la commission se transporte rue Fontaine-au-Roi pour observer le chien témoin mordu le 3 juin et qui est atteint de rage furieuse ; il dévore les planches de sa niche et mord sa chaîne en la secouant avec force.

La durée d'incubation a été remarquablement courte (14 jours), sans doute à cause du nombre des morsures qu'il avait essuyées à la tête.

La commission remarque qu'un des chiens témoins, trépanés le 6 juin, est pris de rage paralytique ; il est sensiblement affaibli sur ses jambes, la tête est agitée d'une sorte de tremblement choréique ; il est mordeur.

Enfin on fait mordre par un des chiens témoins du 1er juin devenu furieux :

1° Un chien réfractaire du chenil de M. Pasteur ;

2° Un chien neuf, venu de la fourrière.

Séance du 19 juin. — Dans cette séance, la commission fait inoculer en sa présence :

1° 3 chiens vaccinés, reconnus réfractaires par M. Pasteur ;

2° 3 chiens neufs sortis de la fourrière. La matière d'inoculation employée provient d'un fragment de bulbe du premier témoin trépané le 1er juin, pris de rage dès le 13 et mort dans la nuit du 18 au 19. L'inoculation, cette fois, se fait dans la veine externe du jarret. On injecte à chaque animal 10 gouttes de la dissolution de bulbe dans du bouillon stérilisé. Cette méthode, remarque M. Pasteur, n'a pas la sûreté de celle de la trépanation lorsqu'il s'agit de virus de virulence moyenne.

Séance du 20 juin. — Par la méthode intra-veineuse, mais à l'aide du virus rabique le plus virulent que possède M. Pasteur, virus beaucoup plus virulent que celui de la rage des chiens des rues, la commission fait inoculer 12 chiens dont 4 neufs sortis de la fourrière, à titre de témoins, et 8 réfractaires pris dans le chenil de la rue Vauquelin.

Séance du 26 juin. — Avec le bulbe du second témoin, trépané le 1er juin et mort de rage furieuse le 25, la commission fait inoculer dans la veine du jarret :

1° Un chien témoin venu de la fourrière ;

2° Un chien réfractaire traité par M. Pasteur.

Ce dernier avait été vacciné immédiatement après avoir été mordu par un chien enragé le 9 mars dernier. Un témoin mordu en même temps que lui et par le même rabique avait été pris de rage au bout de soixante-cinq jours.

Séance du 28 juin. — M. Paul Simon, vétérinaire, demeurant rue de Pontoise, 3, ayant informé la commission qu'il avait dans son infirmerie un chien enragé furieux, très mordeur et pouvant servir à plusieurs attaques, celle-ci réunit aussitôt quatre chiens : deux réfractaires pris dans le chenil de M. Pasteur et deux témoins extraits de la fourrière. Ces quatre chiens sont mordus par le chien de M. Simon dans la journée du 28 juin.

Telles sont les expériences auxquelles la commission s'est livrée. Elle a pensé, monsieur le ministre, que, dès à présent, et avant qu'elle puisse poursuivre, après les vacances, de nouvelles expériences, elle pouvait utilement vous soumettre les résultats qui ont passé sous ses yeux.

Voici, sous une forme abrégée, l'indication de ces expériences :

1º Les 1er et 6 juin ont été inoculés par trépanation et avec un virus de chien à rage des rues : 10 chiens, dont 5 vaccinés contre la rage et 5 témoins pris à la fourrière ;

2º Les 3, 4, 10, 17 et 28 juin, on a fait mordre, par des chiens enragés de rage dite spontanée des rues, 12 chiens dont 6 vaccinés contre la rage et 6 témoins ;

3º On a inoculé par injection intra-veineuse, le 19 juin, 6 chiens avec le virus de rage des rues ; le 20, 12 chiens avec un virus très virulent, sortant du bulbe d'un lapin de quarante-sixième passage, c'est-à-dire ayant passé successivement dans une série de quarante-six lapins. M. Pasteur a démontré expérimentalement devant la commission que ce virus donne la rage aux lapins en sept ou huit jours et aux chiens en huit ou dix jours, quand on applique la méthode de trépanation. Enfin, le 26 juin, on a encore inoculé deux chiens avec le virus d'un témoin mort après inoculation.

La commission a donc mis jusqu'ici en observation, dans des expériences de diverse nature, 42 chiens, dont 23 présentés par M. Pasteur comme réfractaires à la rage et 19 témoins n'ayant subi aucune inoculation préventive ou vaccinale.

Les résultats constatés par la commission jusqu'à ce jour se décomposent ainsi qu'il suit :

Les 19 témoins ont présenté 3 cas de rage sur 6, à la suite des morsures par chiens enragés.

6 cas de rage sur 8, à la suite des inoculations intra-veineuses.

Enfin 5 cas de rage sur 5, à la suite des inoculations par trépanation.

Les 23 vaccinés, au contraire, n'ont pas offert un seul cas de rage.

Cependant, au cours des expériences, un réfractaire inoculé par trépanation le 6 juin est mort le 13 juillet, à la suite d'une diarrhée avec évacuations noires, qui s'est manifestée chez lui, dans les premiers jours de juillet, dans l'infirmerie de M. Bourrel. Afin de voir si ce chien a pu mourir de rage, on a inoculé son bulbe le 13 juillet à trois lapins et à un cobaye. Aujourd'hui 4 août, ces sujets sont encore très bien portants, et cependant ils ont dépassé le terme habituel où la rage apparaît chez les animaux de leur espèce après l'inoculation intra-crânienne. Ils sont tenus en observation suivie.

Les travaux de la commission sont loin d'être terminés. En multipliant ses séances, en diversifiant les épreuves qu'elle a demandées à M. Pasteur, elle a voulu, monsieur le ministre, répondre à votre confiance et à l'impatience de l'opinion publique.

Il lui reste de nombreux faits à vérifier encore, tout en poursuivant l'examen des divers essais qui ne sont pas encore terminés.

De toutes les séries d'expériences qui lui restent à entreprendre, la plus importante sera celle de la vaccination, faite par elle ou sous ses yeux, d'un grand nombre de chiens neufs, et de la comparaison qu'elle établira ultérieurement entre les chiens, après leur vaccination, et un nombre égal de chiens témoins qui n'auront subi aucun traitement.

En d'autres termes, la série des expériences faites sur les chiens vaccinés par M. Pasteur a donné des résultats décisifs. Il reste maintenant à la commission à soumettre à des épreuves multiples et variées de nombreux animaux qu'elle aura vaccinés de même.

Plus tard, elle aura à s'occuper de la prophylaxie de la rage chez des chiens mordus, en créant chez eux, pendant la durée de l'incubation, une indemnité capable d'empêcher le virus de la morsure de déterminer la rage.

Veuillez agréer, etc.

Bouley, Béclard, E. Tisserand, Villemin, Paul Bert.

***

Toulon. — L'épidémie, qui était en décroissance très marquée vers la fin de la semaine dernière, subit depuis quelques jours une légère recrudescence.

— Marseille. — Le Bulletin officiel de l'état civil de Marseille fournit les renseignements suivants sur la mortalité pendant le dernier septenaire :

Du 14	au	15	août, mortalité totale	45	Décès cholériques	14
15	—	16	—	47	—	8
16	—	17	—	38	—	16
17	—	18	—	44	—	14
18	—	19	—	35	—	9
19	—	20	—	39	—	12
20	—	21	—	31	—	8

— Basses-Alpes. — Le nombre des cas de choléra est en décroissance dans les localités infestées, sauf à Mezel. M. Blanc, agrégé de la Faculté de Montpellier, s'est rendu à Mezel pour organiser les secours.

— Ardèche. — La situation créée par l'épidémie cholérique s'est améliorée dans les derniers jours.

— Aude. — 5 décès à Carcassonne dans la journée du 21.

Le choléra a éclaté à Limoux dans l'asile des aliénés.

— Drome. — On signale 2 cas de choléra à Arpavon, 1 à Saint Maurice dans l'arrondissement de Nyons et 2 cas foudroyants dans le canton de Tain.

— Gard. — 1 décès à Nîmes dans la journée du 21, 1 décès à Bessèges. Un premier cas de choléra est signalé à Alais.

— Hérault. — L'épidémie cholérique est en décroissance dans les diverses localités du département envahies par le fléau.

— Pyrénées-Orientales. — On signale des décès cholériques à Perpignan, Catlar, Millas, Saint-Feliu-d'Avail, Thuir, Corbère.

— Rhône. — A Lyon, on a constaté depuis dimanche jusqu'à jeudi matin 3 cas de choléra suivis de mort. Ces trois cas sont restés isolés.

— Vaucluse. — A Caumont, 12 décès cholériques ont eu lieu depuis dimanche.

***

— M le ministre du commerce vient d'adresser aux préfets la circulaire suivante :

« Paris, le 14 août 1884.

« Monsieur le préfet,

« Par une circulaire en date du 23 juillet dernier, j'ai appelé votre attention sur le fonctionnement des services de l'hygiène et sur le concours que, dans les circonstances présentes, vous pouvez demander aux conseils d'hygiène et aux médecins des épidémies.

« Le rôle de ces agents sanitaires ne doit pas se borner à prendre les mesures nécessaires pour arrêter les épidémies déclarées ; ils doivent aussi, et ce n'est point la partie la moins considérable de leur mission, rechercher d'une manière constante, et pour ainsi dire journalière, les causes d'insalubrité qui existent dans leur région, afin que les administrations compétentes puissent, dès qu'elles leur sont signalées, y remédier par tous les moyens dont elles disposent.

« L'accomplissement de cette mission, pour laquelle l'administration centrale enverra prochainement des instructions et des programmes, exige de la part des conseils d'hygiène des travaux longs et difficiles qu'on ne saurait équitablement leur demander s'ils ne sont pas rémunérés.

« Je viens donc, au moment où les conseils généraux vont se réunir, vous prier d'appeler l'attention du conseil général de votre département sur la situation des conseils d'hygiène et sur les diverses considérations ci-dessus. Je ne doute pas qu'ils ne consentent soit à augmenter l'allocation destinée à cette nature de dépenses, soit, s'ils n'ont jusqu'ici accordé dans ce but aucun crédit,

à en inscrire un suffisant pour des dépenses dont l'utilité ne saurait être contestée.

« En présence de l'épidémie qui frappe en ce moment quelques-uns de nos départements et qui porte un si grave préjudice à la fortune publique de la France, le conseil général comprendra, j'en suis certain, qu'il est indispensable de fournir aux conseils d'hygiène les ressources nécessaires pour des études dont le but est d'améliorer les conditions sanitaires du pays et de le préserver des fléaux épidémiques.

« Je vous serai très obligé de m'accuser réception de cette circulaire et de me faire connaître la délibération qui aura été prise par le conseil général de votre département.

« Recevez, monsieur le préfet, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

« *Le ministre du commerce,*
« Ch. Hérisson. »

— Remplacements. — Un jeune médecin demande à faire un remplacement pendant les vacances. — S'adresser au bureau du journal.

R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie. — Nous apprenons la mort, à l'âge de quatre-vingt-cinq ans, de M. le docteur François-Hippolyte Fredet, de Saint-Chamond, président de la Société de médecine de Saint-Etienne et de la Loire et de l'Association des médecins de la Loire et de la Haute-Loire.

***

Hôpital de la Charité. — M. G. Bouilly, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux, suppléant de M. le professeur Trélat, a commencé ses leçons cliniques le lundi 11 août et les continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure.

***

Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts arrête :

Art. 1er. — La thèse à soutenir pour les candidats au grade de docteur en médecine consiste en une dissertation imprimée sur un sujet de médecine ou de chirurgie, choisi par le candidat.

Le candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

Art. 2. — Le présent arrêté recevra son exécution à partir du 1er novembre 1884.

Art. 3. — Sont abrogées les dispositions antérieures contraires au présent règlement.

— Le président de la République française décrète :

Art. 1er. — L'épreuve écrite prévue au cinquième examen de doctorat en médecine est supprimée.

Art. 2. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts est chargé de l'exécution du présent décret.

Faculté de médecine de Lille. — Dans sa séance du 8 août, la Faculté de médecine de Lille a dressé sa liste de présentations pour la chaire d'anatomie normale actuellement vacante dans ladite Faculté.

Elle a présenté, à l'unanimité :

En première ligne, M. le docteur Demon, agrégé près la Faculté ;

En deuxième ligne, M. le docteur Wertheimer, agrégé près la Faculté.

— Un concours pour un emploi de chef de clinique chirurgicale s'ouvrira le 5 novembre prochain à la Faculté de médecine de Lille.

Est admis à concourir tout docteur en médecine justifiant de la qualité de Français et âgé de moins de trente ans.

Le registre d'inscriptions sera clos cinq jours avant l'ouverture du concours.

— Par arrêté du ministre de l'instruction publique en date du 16 août 1884, un concours pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie externe, de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'Ecole préparatoire de médecine et pharmacie de Rouen s'ouvrira le 1er mai 1885 à la Faculté de médecine de Paris.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

— Par arrêté du ministre de l'instruction publique en date du 16 août 1884, le concours fixé au 15 juillet 1884 à la Faculté de médecine de Nancy, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, est reporté au 1er mai 1885.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

***

— Par arrêté du ministre du commerce en date du 12 août courant, M. le docteur Proust, membre de l'Académie de médecine, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, inspecteur général adjoint des services sanitaires, a été nommé inspecteur général de ces services, en remplacement de M. le docteur Fauvel, admis à faire valoir ses droits à la retraite et nommé inspecteur général honoraire.

Comité consultatif d'hygiène de France. — M. Regnauld, membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de médecine, directeur de la pharmacie centrale des hôpitaux de Paris, a été nommé membre du comité consultatif d'hygiène publique de France.

***

Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle du 16 août 1884, ont été désignés, savoir :

MM. Ganzin (Charles-Jullien), médecin-major de deuxième classe, pour le bataillon du 106e régiment d'infanterie détaché à Verdun — Bréau (Robert), médecin-major de deuxième classe au 10e escadron des équipages militaires.

— Par décret du président de la République en date du 16 août 1884 a été promu dans le corps de santé de la marine : au grade de médecin en chef, M. Vully (Joseph-Maurice), médecin professeur.

***

Société contre l'abus du tabac. — La Société contre l'abus du tabac met au concours la question suivante : L'usage du tabac exerce-t-il une influence sur la production du choléra ? Cet usage peut-il augmenter la gravité de la maladie ? Les réponses devront parvenir à la Société, 38, rue Jacob, le 31 décembre prochain au plus tard.

**

Société de biologie. — *Prix E. Godard* (1884). — Le bureau de la Société de biologie rappelle aux personnes qui voudraient adresser des mémoires à la Société de biologie pour le prix E. Godard, que le terme du délai pour l'envoi de ces mémoires est fixé au 31 août 1884.

Les mémoires devront être adressés au siège de la Société de biologie, 14, rue de l'Ecole-de-Médecine, ou au docteur Dumontpallier, secrétaire général de la Société, rue Vignon, 24, à Paris.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1884.

101. M. Puéchagut. De la ténonite ou inflammation de la bourse celluleuse rétro-oculaire d'origine rhumatismale. — 102. M. Renouard. Du lupus et de ses rapports avec la scrofule et la tuberculose. — 103. M. Leleu. De la kératite interstitielle et de son traitement. — 104. M. Crosnier de Varigny. Recherches expérimentales sur l'excitabilité électrique des circonvolutions cérébrales.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 8 AU JEUDI 15 AOUT 1884.

Fièvre typhoïde 42. — Variole 1. — Rougeole 19. — Scarlatine 3. — Coqueluche 13. — Dipthérie, croup 36 — Dysentérie 2. — Erysipèle 9. — Infections puerpérales 5. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 51. — Phthisie pulmonaire 202. — Autres tuberculoses 18. — Autres affections générales 68. — Malformation et débilité des âges extrêmes 44. — Bronchite aiguë 6. — Pneumonie 55. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés au biberon 166, — au sein et mixte 84. — Inconnu 20. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 103. — de l'appareil circulatoire 66. — de l'appareil respiratoire 47. — de l'appareil digestif 65 — de l'appareil génito-urinaire 21. — de la peau et du tissu lamineux 4. — des os, articulations et muscles 7. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 1. — Epuisement 0. — Causes non définies 2. — Morts violentes 34. — Causes non classées 5. — Total de la semaine : 1196 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

DISEASES OF THE HEART AND THORACIC AORTA, by Byrom Bramwell, M. D., F. R. C. P. E. Un beau volume in-8 cartonné de 800 pages avec 317 illustrations. Young J. Pentland, publishers. Edimburgh.

DE LA CIRRHOSE ALCOOLIQUE GRAISSEUSE, par le docteur H. Gilaou, ancien interne des hôpitaux. Paris, 1884, in-8 de 89 pages. — Prix : 2 fr. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

LA GYMNASTIQUE. — Notions physiologiques et pédagogiques, applications hygiéniques et médicales, par A. Collineau, docteur en médecine, professeur aux cours normaux de la Société pour l'instruction élémentaire, etc. Paris, 1884, un vol. in-8 de 824 pages avec 136 fig. — Prix : 10 fr. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

LEÇONS CLINIQUES SUR LA DIPSOMANIE, faites à l'asile Sainte-Anne, par M. V. Magnan, recueillies et publiées par le docteur Marcel Briand. Brochure in-8 de 151 pages. — Prix : 2 fr. — LE PROGRÈS MÉDICAL, 14, rue des Carmes, Paris.

LES MALADIES CHRONIQUES DE LA GORGE ET DE LA VOIX, hygiène et traitement, par le docteur Fargea. Un vol. in-8. — Prix : 2 fr. — Librairie Félix Alcan, successeur de Germer-Baillière et Cie, 108, boulevard Saint-Germain, Paris.

ETUDE SUR LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE DE L'ADULTE, les formes anormales en particulier, par André Chantemesse. Un vol, in-8 de 184 pages avec une planche hors texte. — Prix : 3 fr. 50. — LE PROGRÈS MÉDICAL, 14, rue des Carmes, Paris.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

55e année. 7e série. Tome Ier. N° 35 30 AOUT 1884

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

DERMATOLOGIE

SUR LE MYCOSIS FONGOÏDE (1), par le docteur PAUL FABRE (de Commmentry).

COUP D'ŒIL RÉCAPITULATIF SUR LES OBSERVATIONS DE MYCOSIS FONGOÏDE PUBLIÉES JUSQU'À CE JOUR.

Lorsqu'on se met en présence de l'espèce de confusion qui règne encore parmi les dermatologistes des divers pays, non seulement sur la nature du mycosis fongoïde d'Alibert, mais encore sur son droit de cité dans le cadre pathologique, il est utile, avant de se permettre de donner des conclusions motivées sur cette maladie, de faire passer rapidement sous les yeux du lecteur les pièces du procès. C'est ce que nous allons tenter en donnant l'indication ou un bref résumé des diverses observations pouvant se rattacher au mycosis qui ont été publiées jusqu'à ce jour.

Nous croyons aussi, en essayant ce tableau d'ensemble, être utile aux futurs chercheurs, car jusqu'ici les études consacrées au mycosis fongoïde ont été bien incomplètes au point de vue historique, et nous espérons avoir comblé bien des lacunes.

Nous allons diviser cette rapide revision en trois catégories : la première contiendra les faits avérés de mycosis fongoïde publiés depuis Alibert jusqu'en novembre 1879, date de mon observation personnelle (1).

La deuxième partie renfermera les faits publiés depuis cette date jusqu'à ce jour.

Dans une troisième partie, nous relaterons d'abord les faits qui, quoique publiés sous un titre différent, nous paraissent devoir se rapporter au mycosis fongoïde, et nous dirons également un mot de quelques faits qui nous semblent douteux au point de vue du diagnostic, soit que le contrôle microscopique ait manqué, soit qu'il ait donné des résultats discordants.

Premier groupe.

CAS DE MYCOSIS FONGOÏDE CONNUS DEPUIS ALIBERT JUSQU'EN 1879.

Parmi les onze cas que Bazin connaissait, il en est quelques-uns dont les observations n'ont pas été publiées.

I. — Tel est le premier cas observé par Bazin et sur lequel il n'a pas donné, croyons-nous, d'autre renseignement que le suivant : c'est que ce cas avait débuté brusquement par la production des tumeurs mycosiques, sans passer par les premières périodes de la maladie (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 2e série, t. II, p. 189).

II. — Tel est le cas observé par M. Hillairet chez un concierge de la rue de Lanery et que j'ai vu moi-même une fois en 1876. Ce concierge, âgé d'une cinquantaine d'années, habitait un taudis des plus malsains. Il est mort au mois d'août 1877 (2).

(1) Voir, pour la première partie de ce travail, la GAZETTE MÉDICALE, nos 5, 6 et 7).

(1) Voir la GAZETTE MÉDICALE, 1884, nos 6 et 7.

(2) On pourrait aussi rapprocher de ces deux faits un cas que M. le docteur E. Vidal a bien voulu me montrer dans son service de l'hôpital Saint-Louis (pavillon Gabrielle) au mois d'avril 1881. Il

FEUILLETON

A M. DE RANSE, rédacteur en chef de la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

Impressions de voyage d'un médecin.

LE CONGRÈS PÉRIODIQUE INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES.

Huitième session (1884). — Copenhague.

17 août 1884, à bord du steamer *Oscar Dickson*, entre Gothenbourg et Christiania.

« Monsieur le rédacteur et cher confrère,

« La GAZETTE MÉDICALE a donné bon accueil, il y a plusieurs années, à quelques pages écrites de Suède, de Russie et d'Angleterre dans lesquelles j'ai, le premier en France, exposé le système orthopédique de Sayre et la méthode antiseptique de Lister.

« Une semaine à Copenhague, à propos de la huitième session du congrès international de médecine, me laisse une impression si agréable que, reprenant cette série si longtemps interrompue, je viens vous demander de raconter ici non les séances de session (les lecteurs de la GAZETTE ont été tenus au courant par une plume plus autorisée que la mienne), mais seulement la physionomie générale du congrès et quelques incidents de voyage.

« La plupart des médecins français ont gagné Copenhague par Cologne, ce qui de Paris était la voie la plus directe. Ayant dû m'arrêter à Londres, j'ai dû choisir un autre itinéraire et passer par Quinsboro, petit port sur la Tamise, près de Sheerness, d'où de magnifiques steamers hollandais partent chaque soir pour Flessingue ou Flushing, d'après l'orthographe anglaise. De Flushing, un train express prend une longue et monotone journée pour atteindre Hambourg, une des plus belles villes de l'Allemagne, la cité la plus commerçante du Nord. En quittant Hambourg le même soir, on va s'embarquer à minuit à Kiel sur un vapeur danois des plus

De plus il est un certain nombre de faits relatés par Bazin qui n'ont pas eu le contrôle microscopique. Ces faits ont toutefois une importance considérable en ce qu'ils montrent que cette maladie a des caractères cliniques et une marche assez nette pour être diagnostiquée avant l'examen au microscope.

III. — L'observation de Lucas, publiée par Alibert et reproduite par le docteur Gillot dans sa thèse dont elle forme la deuxième observation. Il s'agit d'un homme de cinquante-six ans qui mourut après cinq ans de maladie (Voir Alibert, *Monographie des dermatoses*, t. II, p. 425).

IV. — Le cas de Nicolas Herbette, qui se serait terminé par une guérison assez durable, puisque Herbette se portait bien quatorze ans après sa sortie de l'hôpital Saint-Louis (1). L'observation est publiée dans les *Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées artificielles*, de Bazin, p. 375-379. Cet homme était malade depuis trois ans lorsqu'il entra le 10 juillet 1860 à l'hôpital Saint-Louis, à l'âge de soixante ans (Voir aussi la thèse de Gillot, p. 102).

V et VI. — Il s'agit de deux cas résumés dans un excellent travail de V. Tanturri (*Il Morgagni*, 1877, p. 4 et 5) et observés dans le service de M. Hardy. Le premier est celui d'une femme de quarante ans, non réglée, dont la maladie durait depuis huit ans; la terminaison n'est pas signalée. Le deuxième se rapporte à un homme de cinquante-cinq ans qui, parmi ses antécédents, avait eu un érysipèle de la face. L'issue de la maladie n'est pas mentionnée.

VII. — Le cas de R. Louis, âgé de soixante ans, publié par le docteur Lorda (de Cuba) dans la GAZETTE DES HÔPITAUX (1862, n° 61); le docteur Gillot a reproduit dans sa thèse cette observation qui a été continuée par Guérard.

VIII. — Le cas de la femme Mayeux, âgée de quarante-deux ans, qui du service de M. Hardy passa dans celui de Bazin en 1862 (5° observation du docteur Gillot). Cette observation a été publiée par M. Guérard (*Du mycosis fongoïde généralisé*, etc., p. 3, 1863).

M. V. Tanturri dit avoir vu ces deux derniers cas dans le service de M. Bazin.

A partir de ce moment, tous les cas que nous allons indiquer ont eu le contrôle microscopique; ils ont donc une plus grande valeur que ceux que nous avons rapportés jusqu'ici.

IX. — Cas de Julienne Battet, femme Poisson, dont M. Gillot a recueilli l'observation dans le service de M. Hillairet.

L'examen histologique fut fait par M. Ranvier (thèse de Gillot, Paris, 1869, p. 90 et suivantes).

X. — Cas publié par le docteur Landouzy, se rapportant à un enfant de sept mois (Société de biologie, 1871).

XI. — Cas communiqué par le docteur Debove à la Société anatomique (octobre 1872). Il s'agit d'un homme de quarante-deux ans (du service de M. Bazin) chez lequel la période lichénoïde a manqué.

XII. — Cas de Charles Leblanc, recueilli en 1873 par le docteur Emile Demange dans le service de M. Vidal, publié d'abord dans les ANNALES DE DERMATOLOGIE et consigné ensuite dans sa thèse (*Étude sur la lymphadénie, ses diverses formes et ses rapports avec les autres diathèses*, par Em. Demange, Paris, 1874).

XIII. — Cas de Brachet. Cette observation peu connue et des plus intéressantes a été publiée par le docteur Brachet, médecin-major (dans le RECUEIL DE MÉMOIRES DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE MILITAIRES, n° 181, novembre-décembre 1877). Il s'agit d'un soldat de l'infanterie de marine, nommé Escoubet, mort à 25 ans. La maladie avait débuté à l'île Bourbon; elle sembla disparaître au cours d'une fièvre typhoïde, survenue après la rentrée d'Escoubet en France, pour reparaître et amener la mort dix-sept mois après l'apparition des premiers symptômes (1). L'hypertrophie ganglionnaire était très accusée. Les tumeurs mycosiques étaient groupées autour du cou et autour des épaules.

L'examen microscopique fut fait par le professeur Villemin.

XIV. — Première observation de Vincenzo Tanturri (*Il Morgagni*, 1877, p. 81-91). Il s'agit d'un célibataire de 53 ans, maître de chant à Naples, d'une bonne constitution, et qui n'avait jamais eu antérieurement de maladies cutanées. Sa mère était morte d'un cancer du sein. Trois ans avant, il avait eu un anthrax à la région cervicale, sans conséquence. Mais six mois après commençaient des éruptions érythémateuses suivies de desquamation et d'un prurit très intense. Au mois de mai 1873, le professeur V. Tanturri croyait à une forme particulière d'eczéma, lorsque les tumeurs caracté-

s'agissait d'un homme de quarante-sept ans qui offrait un bel exemple de mycosis fongoïde et dont l'observation n'a pas, que je sache, été publiée. Cet homme était alors arrivé à la période de prolifération ou de transition (3° période). Il avait eu bien nettes les deux périodes que j'ai décrites sous le nom de période initiale ou érythémateuse et période lichénoïde.

(1) Voir dans la GAZETTE MÉDICALE du 2 février 1884 la note de la page 54.

(1) Dans le courant du dernier mois, une pleurésie double s'était déclarée.

---

coquets pour Korsor et enfin traverser en chemin de fer l'île de Zeeland de l'ouest à l'est pour atteindre Copenhague.

« La durée totale du voyage, soit de Londres, soit de Paris à Copenhague, est de trente-huit heures. La longueur du trajet n'avait pas trop effrayé les médecins français et anglais, qui sont venus au nombre de cent cinquante environ.

« La séance d'ouverture, fixée au dimanche 10 août 1884, a été présidée par le professeur Panum, lequel a prononcé dans la langue française le discours d'ouverture, en présence du roi et de la reine de Danemark, du roi et de la reine de Grèce et de la famille royale.

« J'ai préféré la langue française, a dit le docteur Panum, parce qu'elle aura sans doute plus de chance d'être comprise par tout le monde, parce qu'elle divise le moins, parce qu'elle est reconnue dans notre pays comme la langue la plus courtoise et enfin parce que dans la plupart des congrès elle a été choisie de préférence pour la langue officielle. »

« Dans toutes les sections, les Danois et autres Scandinaves se sont presque constamment exprimés en français. Je me suis laissé dire que quelques-uns avaient l'hiver dernier pris des leçons et étudié pour se fortifier dans la pratique de notre langue; nous devons leur en savoir gré. Naturellement les Allemands, les Anglais et les Américains ont parlé dans leurs idiomes respectifs, mais la majorité des communications a été, je crois, donnée en français. Notre langue est-elle la plus courtoise? Ce n'est pas à nous à le dire; mais ce qui est certain, c'est que, comme courtoisie les Danois, sont nos maîtres. La libéralité de leurs réceptions, la grâce et l'amabilité de leur accueil a été telle, que nous partons tous confus et reconnaissants.

« La journée de dimanche s'est terminée par un grand dîner offert par le président Panum, dans les salons du plus grand hôtel, aux délégués et aux principaux médecins étrangers. Inutile de dire que les toasts ont été nombreux. L'usage en Danemark est de porter le premier toast après le rôti, et dans les grandes occasions les toasts se succèdent après chaque plat. Cela prend moins de temps et laisse le loisir de respirer, de digérer presque et de réfléchir entre deux; je préfère cela à l'usage anglais de voir défiler toute la série des orateurs à la suite et sans repos.

« Le lundi et les jours suivants, sauf le mercredi, les sections ont été réunies de dix heures à midi et de une heure à trois. Tous

ristiques apparurent d'abord, en juin, au bras gauche, puis au cou et aux cuisses et ailleurs. Le malade, en proie à une diarrhée colliquative, mourait le 22 juillet. Accompagnée d'une courbe thermique pour les seize derniers jours, s'appuyant sur des examens micrographiques représentés par la gravure, cette observation est des plus importantes.

XV. — Deuxième observation de Tanturri, relative à un agriculteur de 54 ans, qui entra en février 1876 à la clinique des maladies syphilitiques et cutanées de Naples. Marié à 20 ans, il avait eu dix enfants dont sept vivaient encore. A l'âge de 30 ans, il contracta des fièvres intermittentes qui depuis ont souvent récidivé.

C'est au mois d'août 1873 que les premiers phénomènes cutanés apparurent, attribués à l'insolation. Puis survienuent les efflorescences, les démangeaisons, puis quelques petites tumeurs qui s'affaissent.

Après quatre mois et demi de séjour à la clinique, il sortait ayant perdu trois kilogrammes de son poids. L'influence de l'arsenic a été nulle sur la marche de la maladie, bien qu'il ne soit survenu aucun trouble imputable à ce médicament.

XVI. — La troisième observation de Tanturri a trait à un homme de 66 ans, bien portant jusqu'en 1875, époque à laquelle il commença à souffrir d'un prurit aux jambes qui s'étendit ensuite sur toute la surface du corps et était d'une telle intensité que les nuits en étaient troublées. On lui conseilla des bains (à Telese), à la suite desquels une éruption se produisit, des tumeurs apparurent en grand nombre, dont les unes se sont développées et d'autres se sont même ulcérées à la surface, prenant la forme et le volume d'une pomme.

A la date du 28 janvier 1877, l'état du malade était des plus graves : malaise, prostration, perte de l'appétit, soif vive, insomnie, faiblesse extrême, souvent même lipothymies, œdème des membres.

XVII. — Cas du professeur Gamberini, de Bologne, rapporté par le docteur Caramitti dans le GIORNALE ITALIANO DELLE MALATTIE VENEREE E DELLA PELLE, de l'année 1878. Je n'ai pas lu la relation de ce cas, dont j'emprunte l'indication bibliographique au mémoire du professeur Tommaso de Amicis (*Il Morgagni*, s882, p. 657).

XVIII. — Nous voici arrivés à mon observation personnelle, au cas de G. Antoine. Dans cette observation, que j'ai recueillie à Commentry et que l'on a lue plus haut, je crois devoir attirer l'attention sur les particularités suivantes :

1o L'absence d'hypertrophie des ganglions lymphatiques ;

2o La lenteur de l'évolution de la maladie qui a duré dix ans, et mon malade est mort d'une maladie intercurrente avant d'être arrivé à l'état cachectique ;

3o La persistance de la sensibilité générale, bien que la sensibilité à la douleur ait été obtuse ;

4o La coïncidence d'une affection du système nerveux central; et je rappellerai à ce propos les lésions cérébrales de l'enfant qui fait le sujet de l'observation du docteur Landouzy ;

5o La simultanéité des lésions cutanées les plus variées.

6o La leucocythémie qui n'avait jamais été, que je sache, signalée dans les cas de mycosis (1).

7o Enfin les tumeurs mycosiques sont restées chez Georgeon pour ainsi dire réduites à leur plus simple expression.

Mais c'est probablement parce que la période néoplasique de la maladie ne faisait que débuter lorsque la mort est survenue.

Deuxième groupe.

OBSERVATIONS DE MYCOSIS PUBLIÉES DEPUIS 1879.

XIX. — Mon regretté maître Hillairet a présenté, le 7 décembre 1880, à l'Académie de médecine, un malade de quarante-trois ans, d'Anvers, peintre décorateur, dont il a lu d'abord l'observation (Voir le BULLETIN DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, 1880, p. 1305).

L'affection avait débuté en 1775 par des démangeaisons et une éruption d'urticaire.

Ce malade, que j'ai eu l'occasion de voir et d'examiner à l'hôpital Saint-Louis, a quitté Paris un mois après avoir été présenté à l'Académie de médecine. Il est revenu à Anvers où, d'après les renseignements qui m'ont été communiqués par M. Hillairet, il est mort deux jours après son arrivée.

XX. — Observation de la clinique du professeur Gamberini (de Bologne) rédigée par son élève Brascuglia (GIORNALE ITALIANO DELLA MALATTIE VENEREE E DELLA PELLE, décembre 1881, p. 353). Il s'agit d'une femme de vingt ans, dont les parents vivaient encore à son entrée à la clinique de Bologue (le 20 décembre 1883). On porta le diagnostic : mycosis fongoïde dû probablement à une syphilis maligne. Au mois de septembre, les ulcérations étaient encore douloureuses.

XXI et XXII. — Observations du professeur Tommaso de Amicis, publiées dans un mémoire intitulé : *Contribution clinique et anatomo-pathologique à l'étude du dermo-lympho-adénome fongoïde ou mycosis fongoïde*, d'Alibert (IL MORGAGNI, octobre-novembre 1882, p. 655).

(1) Voir plus loin la 2e observation de M. T. de Amicis (Obs. XXII).

---

les membres du congrès étaient invités à luncher sous des tentes de midi à une heure. Un très grand nombre étaient en outre hébergés par les notables de Copenhague, médecins ou non, enfin des réceptions ou invitations étaient offertes chaque soir. Il est donc certain que chacun de nous est parti avec une dette de reconnaissance qu'il ne se peut oublier.

De trois heures et demie à cinq heures avait lieu une séance générale; la première, celle de lundi, avait pour orateur notre illustre compatriote M. Pasteur, qui a parlé devant une salle comble et a terminé au milieu des applaudissements. Les orateurs des jours suivants ont été les professeurs Tommasi Crudeli, Verneuil, Virchow, sir William Gull et le professeur Panum.

« Parmi les savants non scandinaves venus au congrès, citons de l'Angleterre : sir James Paget, sir W. Acland, sir J. Spencer Wells, Erichsen, Marshall, Priestley, Morell Mackensie ; de l'Amérique : Billings, Austin Flint, Sayre, Jacobi, Owen, Noyes; de la France : Chauveau, Ollier, Verneuil, Trélat, Pozzi, Jaccoud, Cornil, Lépine, Bouchard, Grancher, Legroux, Ed. Mayer, Gayet, Vallin, Kœberlé; de l'Allemagne : Kœlleker, Volkmann, Esmarch, His, Liebreich, Liebermeister, Munk, Doutrepont; de l'Autriche : Schnitzler, Kaposi; de la Hollande : Tilanus, Rosenstein, Engelmann; de la Russie : Reyber, Rauchfuss, Etlinger, Poebl; de l'Italie : Crudeli, Bottini; de la Belgique : Crocq, Bayer, Dutrieux; de la Suisse : Prévost, Barde, Meyer, Kollmann, Cordès. L'Espagne brillait par son absence; serait-ce à cause de la quarantaine installée à Irun et rappelant par ses rigueurs la Sainte-Inquisition?

« Ce n'est point ici qu'il faut parler des communications nombreuses et souvent intéressantes, originales même, données dans la section ; les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE les connaissent par les comptes rendus de notre distingué confrère le docteur Renard.

« Le mercredi, congé général ; le comité du congrès invite tous les membres à une excursion à Elseneur : traversée magnifique sur cinq grands steamers de Copenhague à Elseneur, réception, déjeuner, promenade le long du Kategat, en face de la Suède; le détroit sillonné de navires est aussi animé que ses bords sont pittoresques; visite au château de Kronborg. Voilà une journée agréablement remplie, féconde en souvenirs pour tous les assistants. Autre réception le jeudi soir, ayant aussi un caractère re-

Le premier cas est celui d'un employé de la douane napolitaine, officier en retraite, âgé de soixante-six ans. Pas de cancer dans ses antécédents héréditaires. Début de l'affection en février 1875 par des taches accompagnées d'une démangeaison excessive. Le 3 décembre, il se présentait à M. Tomaso de Amicis qui diagnostiquait un mycosis fongoïde. Prostration, diarrhée, mort le 19 février 1876.

Le deuxième fait est celui d'un menuisier de cinquante-quatre ans, qui aurait eu une tumeur blanche du genou droit guérie par des cautérisations au fer rouge. Après être entré au mois de mars 1877 à l'hôpital di Gesu e Maria, où il resta quarante-sept jours, il rentrait le 23 octobre de la même année à l'hôpital des Incurables. M. T. de Amicis diagnostiqua un mycosis fongoïde.

Nodules et tumeurs variant de la grosseur d'un pois au volume d'une grosse noisette. Les ganglions lymphatiques sous-maxillaires et cervicaux étaient très développés, ainsi que les ganglions inguino-cruraux.

L'examen du sang, pratiqué par le professeur Armanni, a décelé une augmentation considérable du chiffre des leucocytes (cinq fois plus nombreux qu'à l'état normal), comme dans l'observation que j'ai recueillie. En octobre, diarrhée et hémorrhagie intestinale. Mort le 26 décembre dans l'épuisement le plus complet (1).

XXIII. — Observation recueillie dans le service de M. Millard, à l'hôpital Beaujon, et publiée par M. L. Galliard (Annales de dermatologie et de syphiligraphie, mars 1882, p. 148).

Il s'agit d'un menuisier de trente-sept ans, entré à l'hôpital le 2 août 1881. Antécédents scrofuleux. A vingt ans, érysipèle de la face. Début du mycosis en juin. Pas de leucocythémie. Aglobulie.

La marche de la maladie fut des plus rapides, car le malade mourait le 12 août dans la dyspnée et l'abattement.

XXIV. — Cas publié par Lorenzo Mannino, coadjuteur à la clinique médicale de Palerme (Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle, 1882, décembre, p. 348-360).

Il a trait à un jeune homme de vingt-sept ans, instruit, intelligent, de bonne famille.

Début à l'âge de vingt ans. Pas de démangeaisons. En 1876, période lichénoïde. En 1878, nodules s'ulcérant, puis suintement. En 1881, catarrhe gastro-intestinal chronique. Villégiature. Les courants continus appliqués pendant huit jours n'ont produit que de la douleur.

(1) Dans son mémoire, M. Tommaso de Amicis reconnait comme moi quatre périodes dans l'évolution du mycosis fongoïde, sauf qu'il donne à ma troisième période, que j'ai proposé d'appeler « période de transition » (Voir le Bulletin de l'Académie de médecine du 4 novembre 1879), le nom de « période néoplasique fongoïde. »

XXV. — Enfin H. Kœbner a présenté récemment, le 7 mars 1883, l'observation d'un cas de mycosis fongoïde sous ce titre : *Présentation d'un malade atteint de tumeurs papillaires multiples de la peau* (Berlin. klin. Wochenschrift, 1883, p. 417), dont nous donnons un résumé d'après la Revue des sciences médicales, d'Hayem, et d'après un excellent article de M. Ernest Besnier (Annales de dermatologie, 1884, p. 37-39).

Le malade présenté par M. Kœbner à la Société médicale de Berlin est un homme âgé de 61 ans, chez lequel l'affection a débuté en juin 1882, sans aucun prodrome, par des taches rouges, arrondies et de dimensions variables. Elles sont maintenant au nombre d'une cinquantaine.

Les quatre premières sont apparues sur le côté gauche du thorax, dans l'espace de quinze jours.

Quelques semaines plus tard, il en est survenu un plus grand nombre, d'abord sur la jambe droite, puis sur la gauche.

Ultérieurement, il s'en est développé trois dans les cheveux, au voisinage de la tempe gauche ; enfin, une dernière à gauche du sacrum.

Le malade n'en reconnut la présence que par les démangeaisons qu'elles lui occasionnaient. La plupart étaient alors revêtues de fines squames ; un certain nombre étaient recouvertes de croûtes agglutinées par de la sérosité ; enfin quelques-unes seulement étaient le siège d'un suintement.

Aux jambes, sous les croûtes, se formèrent des indurations appréciables au toucher, et dont le volume varie entre un noyau de cerise et une olive.

Au contraire, la première apparue sur le côté gauche du thorax et une autre située au milieu des cheveux de la tempe proéminèrent graduellement jusqu'à former des tumeurs rouge foncé, indolentes mais prurigineuses, ayant la forme de figues et une hauteur d'un demi à deux centimètres. Elles sont revêtues d'un épiderme aminci qui se déchire facilement et laisse alors voir leur surface qui est le siège d'une sécrétion séreuse abondante. Assez dures quand on les presse latéralement, elles ont en revanche une consistance élastique œdémateuse et sont partiellement dépressibles lorsque la compression est perpendiculaire ; en même temps qu'on les presse de haut en bas, le malade y éprouve des élancements au lieu du prurit qui leur est habituel.

La plus volumineuse, située au voisinage du creux axillaire gauche, pénètre jusqu'à un demi-centimètre de profondeur dans le tissu sous-cutané et elle éprouve des changements de forme, suivant que la peau est plus ou moins tendue dans les différentes attitudes du bras.

Sous l'influence du traitement arsénical entrepris depuis quatre

---

marquable. La municipalité de Copenhague avait fait construire un vaste bâtiment en planches à l'entrée du port ; la façade du côté du chenal étant entièrement vitrée permettait de contempler la rade, de voir passer de nombreux steamers tous pavoisés vu la circonstance. Les tables, au nombre de 41, servies par 150 garçons et couvertes d'un riche menu arrosé de vins excellents, recevaient douze cents convives ; chaque table avait un président local ; celui de la table 35, dont je faisais partie, était le « Borgerrepræsentant » Nellemann. Nous n'avons jamais assisté à un banquet organisé avec autant de générosité, d'ordre, de goût. On dit que les Scandinaves sont les Français du Nord. Le compliment devrait être retourné et ce serait à nous à chercher des exemples chez ces peuples si éclairés, si intelligents et si sympathiques. L'organisation de la fête était si minutieusement réglée que chacun recevait avec son invitation, le numéro de la table, celui de son porte-manteau, le menu, la liste des invités à la même table, le programme de l'orchestre et enfin les paroles des cantates de circonstance, chantées remarquablement par le chœur des étudiants. Les Scandinaves sont très musiciens ; on se rappelle, lors de la dernière Exposition universelle de Paris, le succès et la supériorité incontestable de la société chorale des étudiants de Stockolm à la salle de concert du Trocadéro. Le docteur Paulli a eu l'obligeance de me traduire la première et la dernière strophe d'une de ces cantates ; les voici :

« Je connais un pays, un royaume d'origine céleste, ses confins n'ont pas été déterminés par les puissants de la terre, il n'est pas le produit des crimes et des guerres et ne gémit pas sous le joug du despotisme, un pays tellement libre que son drapeau flotte sur tous les ports, un pays qui conduit à la victoire toutes les races ; son nom est « pays de la science ».

« Soyez les bienvenus dans nos vallées de hêtre, vous qui avez quitté les rives de la Seine ou l'azur de la Méditerranée ! Vous ne voyez point ici les parvis de marbre d'une grande nation, mais vous trouvez un peuple dont le cœur vous est ouvert, un peuple sachant que l'or de la science est pur, appréciant comme vous les victoires de l'esprit, un peuple qui s'incline avec respect devant le drapeau de la science. »

Après les toasts de rigueur peu entendus (il y avait trop de monde), mais très applaudis, les convives furent menés sur des steamers au jardin de Tivoli par le grand canal traversant la ville ; toute la population était sur pied. On voyait des têtes partout, sur

semaines, ces tumeurs sont devenues un peu plus molles et ne causent plus de démangeaisons.

Kœbner maintient qu'il s'agit là de tout autre chose que de papillomes, car l'épiderme, loin d'être hyperplasié, est constamment très aminci à leur niveau (Revue d'Hayem).

Dans la discussion qui a suivi la présentation de M. Kœbner, Lewin a déclaré qu'avec tous les auteurs allemands il ne voit là que des papillomes.

XXVI. — Nous hésitons beaucoup à ajouter à ces cas de mycosis fongoïde authentiques que nous venons d'indiquer un fait publié récemment (REVUE MENSUELLE DES MALADIES DE L'ENFANCE, de juin 1884, p. 281), par E. Valude, sons ce titre : *Note sur un cas de lymphadénie cutanée limitée et sans généralisation*. Il s'agit d'nu enfant d'environ 10 ans, bien portant, qui présentait à l'entrée du conduit auditif du côté gauche une petite tumeur et de l'écoulement qui en était la conséquence ; rien de particulier ne pouvait se remarquer chez cet enfant. On ne découvrit nulle part de tumeurs semblables ; sa santé générale était parfaite. La tumeur, du volume d'une grosse fève environ, était lisse, un peu rosée, assez molle, pédiculisée largement par des attaches peu résistantes ; en un tour de pince, M. de Saint-Germain l'arracha, et l'écoulement sanguin fut minime.

L'enfant partit après cette petite opération, et depnis ce temps il n'est pas revenu.

L'examen histologique a bien démontré que cette tumeur était du tissu adénoïde ; mais pour se permettre de tirer des conclusions aussi favorables que celles que tire M. Valude de l'évolution d'une maladie chez un enfant qui n'a pas été revu, cela pourra paraître un peu aventuré.

Dans les vingt-six observations que je viens d'indiquer, il y aurait peut-être encore un triage à faire. Qnoiqu'il en soit, quelques-unes diffèrent, tant par l'évolution des symptômes que par la marche ou les caractères des phénomènes éruptifs, de la description générale que j'ai faite au commencement de ce travail. Il me suffira de faire remarquer que j'ai emprunté les traits de ma description plus spécialement aux faits que j'ai eu personnellement l'occasion, sinon d'observer on de suivre, au moins de voir et d'examiner.

Les cas de mycosis fongoïde que, pour ma part, j'ai vus jusqu'ici, sont au nombre de cinq :

1o La femme Battet (sujet de l'observation de Gillot), vue dans le service de M. Hillairet, en décembre 1868 ;

2o Un concierge de la rue de Lancry, âgé d'une cinquantaine d'années, et que M. Hillairet me mena voir en 1876. Il est mort en 1877 ;

3o Le cas que j'ai publié d'Antoine G... ;

4o Le cas de M. X., (d'Anvers), sujet de l'observation présentée par M. Hillairet à l'Académie de médecine (voir l'observation XIX) ;

5o Le cas que M. le docteur Vidal m'a montré en 1881 et que j'ai examiné dans son service de l'hôpital Saint-Louis (voir plns haut la note de la page).

Dans le troisième groupe de faits que je vais indiquer aux chercheurs, on tronvera de l'ivraie mêlée au bon grain. J'y mentionne, en effet, en même temps que des cas de mycosis vrai décrits surtout à l'étranger sous des noms différents, un certain nombre de cas qui me paraissent ne pas devoir rentrer bien nettement dans le cadre de la *lymphadénie cutanée*.

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

LA DISCUSSION SUR LA QUESTION DU CHOLÉRA A L'OFFICE SANITAIRE IMPÉRIAL DE BERLIN (1).

Suite et fin. — Voir les numéros 33 et 34.

M. Koch a montré ensuite que sa découverte se trouve en harmonie avec les notions qui ont cours sur l'évolution clinique et l'étiologie du choléra.

Les bacilles en virgule se développent avec une grande rapidité ; leur végétation atteint rapidement son apogée ; puis ils sont refoulés par d'autres espèces de bactéries Cela répond absolument à ce qui se passe dans l'intestin des cholériques. On peut admettre d'autre part, fait observer M. Koch, qu'il suffit d'un petit nombre de bacilles, d'un seul au besoin, pour produire l'infection. Que quelques bacilles en virgule pénètrent accidentellement dans l'intestin d'un individu, sitôt qu'ils auront réalisé un certain degré de pullnlation, ils détermineront une irritation intestinale et des évacuations diarrhéiques ; si la multiplication des bacilles continue pour at-

(1) D'après le compte rendu sténographié paru in DEUT. MEDICIN. WOCHENSCHRIFT, 1884, nos 32 et 32 A.

les quais, sur les ponts et les mâts des navires, dans les arbres, le tout éclairé d'abord par le crépuscule, puis par des feux de Bengale. La disposition géographique de Copenhague et la bonne organisation donnaient à cette manifestation populaire un cachet tout particulier.

« Le vendredi matin, en venant chercher au secrétariat l'ordre du jour des séances, chacun put lire les lignes suivantes :

« Sa Majesté le roi a donné l'ordre que tous les membres du congrès et du comité de réception soient invités à un souper chez *Leurs Majestés le Roi et la Reine*, au château de Christiansborg, le vendredi 15 août, à 8 heures et demie du soir.

« Naturellement fort peu de membres du congrès manquèrent de se rendre à cette royale invitation. Le roi et la reine de Danemark, le roi et la reine de Grèce, le prince héritier et la princesse royale, née princesse suédoise, firent leur entrée à 9 h. et demie, les princesses en grande toilette et couvertes de splendides parures. Le roi, la reine et les autres membres de la famille royale adressèrent aimablement la parole à ceux qui leur étaient connus ou présentés et même à d'autres qui n'avaient pas l'honneur d'appartenir à cette catégorie.

« La conversation était en français, que tous les princes possèdent, surtout la reine et la princesse royale. Parmi les plus empressés à s'approcher des Majestés, nous avons remarqué plus d'un républicain.

« La famille royale ne se retira qu'après avoir assisté au superbe souper servi dans les salons des grandes réceptions. Le roi avant de quitter tira un petit papier de sa poche et lut en français très distinctement une adresse au congrès, à laquelle sir William Gull répondit en remerciant les rois et les reines au nom de tous pour leur belle et cordiale réception.

« Après la séance générale du samedi et avant de prononcer la clôture du congrès, le président Panum demanda si la proposition des médecins américains était acceptée, c'est-à-dire si l'assemblée décidait que la neuvième session aurait lieu dans trois ans à Washington. Le vote fut affirmatif. Je ne doute pas que la réception ne soit digne de nos confrères d'nutre-mer. Ils nous prépareront de nouvelles surprises, mais ils ne pourront pas nous recevoir avec plus de cœur et de libéralité que nos excellents confrères de Copenhague.

« Le congrès étant terminé, je n'attendis pas la réception finale du

teindre son apogée, il en résultera cet ensemble de symptômes propres, qui constitue l'attaque de choléra.

D'après les expériences de M. Koch, il est très vraisemblable que les bacilles en virgule ne peuvent pas, dans les circonstances ordinaires, traverser l'estomac, du moins chez les animaux, sans être anéantis. Cela concorde également avec ce que nous savons de l'étiologie du choléra. La prédisposition paraît jouer un rôle d'une importance capitale. Sur un grand nombre d'individus exposés à l'infection cholérique, un petit nombre seulement contracte le choléra, et ce sont principalement ceux qui précédemment étaient en proie à des troubles digestifs, à quelque catarrhe de l'estomac ou de l'intestin ou qui avaient surchargé leur estomac d'aliments indigestes. Dans ce dernier cas eurtout, une partie de la masse alimentaire peut pénétrer dans l'intestin avant d'avoir subi une élaboration complète dans l'estomac, entraînant avec elle des bacilles en virgule qui n'ont pas encore été altérés. C'est un fait bien connu, que le plus grand nombre des cas de choléra éclatent le lundi ou le mardi, jours qui sont habituellement précédés d'excès dans le boire et dans le manger.

M. Koch se demande ensuite comment ces bacilles, qui se cantonnent dans l'intestin sans pénétrer dans le sang, ni même dans les ganglions mésentériques, peuvent tuer l'individu. Pour trouver une réponse à cette question, il faut se rappeler que les microbes ne se bornent pas à consommer les substances nécessaires à leur accroissement; ils produisent aussi d'autres substances, qui peuvent agir à la façon des toxiques. Ainsi dans les liquides albuminoïdes en voie de putréfaction, dans le sang par exemple, il se forme des poisons qui ne peuvent être que des produits de la nutrition des bactéries, la putréfaction n'étant elle-même que la conséquence d'une pullulation de bactéries. Bien des raisons portent à croire que ces poisons ne peuvent être élaborés que par certaines espèces de bactéries; en effet, les liquides putréfiés tantôt tuent les animaux auxquels on les injecte dans le sang, et tantôt se montrent inoffensifs. Dans une expérience de culture, la gélatine renfermait à la fois un assez grand nombre de globules rouges et des bacilles en virgule. Il semblait alors que la plaque renfermât dans son épaisseur une poussière rouge, car par transparence on apercevait encore l'impression laissée par les globules du sang. Dans cette couche de granulations rouges, les bacilles en virgule apparaissaient à l'œil nu sous forme de trous incolores. A l'aide du microscope, on constatait que les bacilles avaient désorganisé les globules rouges dans un périmètre assez considérable, bien au delà des limites dans lesquelles la gélatine avait été liquéfiée. Cette observation, conclut M. Koch, prouve que les bacilles en virgule exercent une action désorganisatrice sur les éléments morphologiques du sang, probablement aussi sur d'autres cellules.

Une observation faite par un médecin des Indes, le docteur Richard (de Goalundo), parle également en faveur de la présence d'un principe toxique dans l'intestin des cholériques. M. Richard a nourri des chiens avec des déjections cholériques sans que ces animaux en fussent incommodés. L'expérience a été renouvelée sur des porcs, qui ont succombé en proie à des convulsions, au bout d'un espace de temps qui varia entre quinze minutes et deux heures et demie. La mort des animaux était évidemment le fait d'une intoxication, et non d'une infection cholérique artificielle. En effet, le contenu de l'intestin d'un des porcs qui avaient succombé fut mêlé aux aliments d'un autre porc ; la santé de ce dernier ne fut point altérée. Donc les déjections des cholériques peuvent renfermer des substances qui agissent sur les porcs à la façon des toxiques et contre lesquelles d'autres espèces animales se montrent réfractaires. M. Koch rappelle à ce propos que dans la saumure de harengs et de viande salée il se développe quelquefois un poison qui ne tue que les porcs.

Etant admis que l'action pathogène du bacille en virgule est liée à la production d'un principe toxique, M. Koch explique de la façon suivante l'évolution du choléra. Les effets du poison se manifestent les uns d'une façon immédiate, consistant dans la mortification de l'épithélium et, dans les cas graves, des couches les plus superficielles de la muqueuse intestinale; d'autres effets sont la conséquence de la résorption d'un poison; ce sont ceux qui atteignent l'ensemble de l'organisme et particulièrement l'appareil circulatoire en le frappant d'une sorte de paralysie. C'est à tort que le syndrome de l'attaque de choléra est considéré comme une conséquence de la déshydratation et de l'épaississement du sang. Pour M. Koch, il est plutôt l'expression d'un empoisonnement, puisqu'il se manifeste dans les cas où les vomissements et la diarrhée n'occasionnent que des pertes d'eau relativement peu considérables. Quand la mort survient dans le stade d'empoisonnement, la muqueuse intestinale se présente à l'autopsie avec des

---

soir et m'embarquai le samedi à 6 heures pour Gothembourg. Magnifique traversée. Pendant toute sa durée, panorama majestueux, surtout dans le golfe de Gothemberg. Connaissant déjà la Suède, je profitai, ainsi que les docteurs Mayer, de Paris, et Chibret, de Clermont-Ferrand, d'un steamer levant l'ancre pour Christiania. L'*Oscar Dickson* fait le service des petits ports, il navigue en longeant la côte entre les îles; il est fort bien emménagé et c'est de son bord que je vous adresse ces lignes. Cette navigation côtière est une des plus curieuses qu'on puisse imaginer; nous circulons au milieu d'îles de porphyre; sauf quelques oasis verdoyantes, elles sont dénudées. La mer est splendide, nous abordons tantôt des stations balnéaires très fréquentées, tantôt des villages bâtis sur pilotis au-devant de ces rochers, lesquels n'ont pas l'aspect triste, malgré l'absence de végétation. La population est très propre et paraît fort aisée; il paraît que la pêche est très fructueuse; nous voyons plusieurs établissements destinés à fumer ou saler le poisson et à faire l'huile de foie de morue.

« Je compte passer quatre jours en Norvège avant de reprendre le chemin de la France; mais cela ne concernant pas le congrès de Copenhague, je vous dis adieu, mon cher confrère, en regrettant pour vous et pour moi que vous n'ayez pas pu assister à ces belles et intéressantes réunions.

« Bien à vous,

« Dr DE VALCOURT,

« *Médecin à Cannes.* »

Sur la géographie médicale

(A PROPOS DE QUELQUES TRAVAUX RÉCENTS.)

Il n'y a et il ne peut y avoir au point de vue scientifique qu'une pathologie de l'homme. Que l'on admette ou que l'on nie l'unité de l'espèce humaine, on est obligé d'accepter ce fait incontestable de la similitude originelle des déviations de la vie normale, des altérations des actes physiologiques, des lésions des organes chez les hommes même de races différentes. C'est donc à une branche de l'hygiène que reviendrait le droit et aussi le devoir de nous faire connaître la différence d'allure que tel élément pathologique prendra suivant le climat, l'altitude, la nature du sol, la latitude,

altérations minimes et son contenu est formé par une culture presque pure du bacille en virgule. Lorsque ce stade traîne en longueur ou lorsqu'il est dépassé, on observe les conséquences de la mortification de l'épithélium et de la muqueuse, sous forme d'hémorrhagies capillaires; les éléments du sang se mêlent au contenu de l'intestin. La sérosité intestinale, riche en matières albuminoïdes, entre en putréfaction; d'autres principes toxiques prennent naissance, qui sont également résorbés, mais qui produisent des effets différents de ceux du poison cholérique; il en résulte les symptômes qui caractérisent la forme typhoïde du choléra.

M. Koch s'est occupé ensuite du transport, de la propagation du principe infectieux. C'est par l'eau surtout que s'effectue le transport. Les déjections cholériques, pour conserver leur virulence, doivent rester à l'état humide; on conçoit, dit M. Koch, avec quelles facilités les déjections cholériques, les eaux utilisées pour le lavage des linges souillés, peuvent se mêler à l'eau des puits, des cours d'eau, etc. De là les bacilles trouvent des occasions nombreuses de pénétrer dans notre organisme, soit avec l'eau utilisée en boisson ou pour les usages alimentaires, soit avec l'eau qui sert au nettoyage des ustensiles, des récipients, au lavage des fruits, des légumes, aux soins de la toilette, etc. Les bacilles peuvent aussi adhérer aux aliments qui présentent une surface humide; dans ces conditions, ils conserveront leur vitalité pendant fort longtemps, et ils peuvent pénétrer directement dans le tube digestif, ou indirectement, après avoir été mis en contact avec les mains du sujet. M. Koch ne considère pas comme une chose impossible que le contage cholérique soit transporté par des mouches ou d'autres insectes. En un mot, tous les objets humides peuvent servir de véhicule au contage, tandis que celui-ci ne peut subsister à l'état de dessiccation, partant ne peut être transporté à distance par l'air, ni par des marchandises, ni par des lettres, etc.

Le contage peut-il se reproduire et pulluler hors de l'organisme humain? Les expériences de culture faites par M. Koch démontrent la chose d'une façon péremptoire. Sans doute les eaux des puits, des fleuves, etc., ne renferment pas à un degré de concentration suffisant les principes nécessaires à la nutrition et au développement des bacilles. Mais, ajoute M. Koch, on peut se figurer que dans certaines parties de leur masse ce degré de concentration se trouve réalisé, par exemple là où se forment des dépôts de matières organiques (végétaux, fruits, racines, etc.). On peut s'expliquer ainsi le rôle des eaux souterraines dans la propagation du choléra et d'autres maladies infectieuses. Quand s'abaisse le niveau des eaux souterraines, le mouvement des eaux à la surface et dans la profondeur du sol est moins actif; elles se chargent davantage de matières de toute espèce; la pullulation des germes infectieux s'y opère avec plus de facilité.

Dans la dernière partie de son exposé, M. Koch fait ressortir que la découverte du bacille en virgule porte le dernier coup à la doctrine qui admet que le choléra peut naître sur place, ailleurs qu'aux Indes. Il a développé les raisons qui le portent à croire que le seul foyer d'origine du choléra se trouve dans le delta du Gange, où l'on rencontre des conditions exceptionnellement favorables à la constitution d'une faune et d'une flore de micro-organismes parmi lesquels doit figurer le bacille en virgule. Il a passé en revue ce que nous savons des conditions dans lesquelles s'opère la propagation du choléra loin de son foyer d'origine. Enfin M. Koch a montré que dès aujourd'hui sa découverte est susceptible d'une double application pratique : en permettant de préciser le diagnostic en face des premiers cas de choléra qui éclatent dans une localité, elle met l'autorité à même de prendre à temps les mesures de préservation propres à circonscrire le mal et à l'étouffer sur place; en éclairant le médecin sur la question du diagnostic, la recherche du bacille permettra d'instituer un traitement approprié dès le stade initial, c'est-à-dire à un moment où il y a les meilleures chances d'enrayer la maladie.

— Dans une seconde réunion, les membres de la conférence sanitaire de Berlin ont abordé la discussion des différents points qui composeront le questionnaire dont nous avons parlé plus haut. Voici ce questionnaire :

1. Le choléra est-il engendré par un principe infectieux spécifique, originaire de l'Inde seulement?

2. Ce principe infectieux ne se transmet-il que par les rapports sociaux des hommes entre eux?

3. Quels sont les véhicules du germe infectieux, lorsque le transport se fait à distance? ce rôle revient-il aux navires, aux marchandises, aux lettres, aux personnes en bonne santé, aux individus contaminés?

4. Quels sont les véhicules du germe infectieux, lorsque la

---

le milieu en un mot, sans compter le genre de vie, l'alimentation, ni surtout les races.

Si j'étais chargé de faire un travail d'ensemble sur la *Géographie médicale*, je me suis maintes fois demandé et assurément je me demande encore comment je traiterais un pareil sujet.

On cherche trop souvent à rapprocher l'étude de la géographie médicale de l'étude de l'histoire médicale. Sans aucun doute, si cette dernière décrit les vicissitudes des maladies et leur distribution à travers les âges, à l'autre incombe le devoir de montrer la répartition des maladies dans les diverses parties de notre globe. Cela constitue bien une analogie. Mais tandis que dans l'histoire il est un ordre qui paraît en quelque sorte s'imposer à l'historien, l'ordre chronologique, ordre suivi forcément par tout écrivain qui entreprend d'écrire une histoire médicale, histoire d'un pays, d'une race, d'une branche quelconque des sciences, il en est bien autrement pour la géographie appliquée à la médecine; ici, il n'y a point d'ordre indiqué d'avance, et d'autant moins que, dans des régions d'une même latitude, quels que soient l'altitude et le climat, telles maladies peuvent se ressembler, tandis qu'ailleurs telles autres maladies différeront, bien que les diverses conditions de milieu et de terrain soient complètement similaires.

On peut, il est vrai, dans un traité de géographie médicale, suivre l'ordre de la géographie descriptive, prendre contrée par contrée les diverses parties du globe et indiquer les affections qui sont le plus fréquentes dans chaque région. On s'arrêtera naturellement davantage, en décrivant leurs particularités, sur les maladies qui sont spéciales à un pays. Mais à combien de répétitions cette méthode ne donnera-t-elle pas lieu! Et combien sera aride ce travail plein de redites!

Ainsi a fait M. Rey dans son article du *Dictionnaire de Jaccoud*, article plein de documents et qui présente concentrée en 300 pages une somme énorme de connaissances. Mais M. Rey a fait là de la *géographie morbide* plutôt que de la géographie médicale.

Une autre méthode consiste à prendre successivement chaque maladie du cadre pathologique et à en indiquer la distribution sur la surface de la terre. Mais ici encore, et plus que dans le premier système, quelle sécheresse ne trouvera-t-on pas dans un pareil

contamination s'opère sur place? sont-ce les cadavres des cholériques, leurs effets, leur linge, les aliments, les boissons, les eaux servant à tous usages, l'air, les insectes?

5. Peut-il y avoir transmission directe de la maladie, ou bien le germe doit-il subir une sorte de maturation ou une reproduction dans le sol ou partout ailleurs?

6. Le principe infectieux se reproduit-il dans l'homme? se reproduit-il en dehors de notre organisme, dans le sol, et l'homme (les animaux, etc.), ne remplit-il que l'office de véhicule?

7. Le principe infectieux existe-t-il dans les déjections, éventuellement dans les matières vomies? se recontre-t-il également dans le sang, dans l'urine, dans la sueur, dans l'air expiré?

8. Le principe infectieux est-il doué d'une grande capacité de résistance, d'un état de durée?

9. La dessiccation l'anéantit-elle en un court espace de temps?

10. Le principe infectieux peut-il pénétrer dans l'organisme par d'autres voies que les voies digestives?

11. Des dispositions individuelles spéciales sont-elles nécessaires pour que le principe infectieux acquière son efficacité?

12. Quelle est la durée de la période d'incubation?

13. Une première atteinte confère-t-elle pendant quelque temps l'immunité contre des atteintes ultérieures?

14. Le principe infectieux du choléra est-il identique au bacille en virgule?

15. Le mode d'action des bacilles peut-il être assimilé à une intoxication?

16. La recherche des bacilles peut-elle être utilisée au point de vue du diagnostic?

La discussion a été ce qu'elle devait être. Elle a surtout consisté en explications demandées à M. Koch sur les différents points du programme et en appréciations personnelles émises par les personnes présentes sur les questions à débattre. Un point toutefois a été mis hors de discussion, c'est celui qui est relatif à l'importation du choléra, que personne parmi les assistants n'a mise en doute,

Pour tirer de cette discussion un résultat pratique, on a proposé de réclamer des mesures tendant à ce qu'un certain nombre de médecins, ceux qui sont chargés à un titre officiel de veiller à la santé publique, fussent initiés aux manipulations que nécessitent la recherche du bacille en virgule à l'aide du microscope et sa culture. L'un ou l'autre des assistants a fait valoir les difficultés techniques qu'entraînent les expériences de culture, complément indispensable de l'examen au microscope, affirme M. Koch, quand il s'agit d'édifier le diagnostic sur la constatation du bacille. M. Koch a été d'avis que la culture du bacille dans de la gélatine-peptone est la chose du monde la plus simple, au moins aussi simple que la recherche du bacille de la tuberculose à laquelle tant de praticiens se sont initiés dans l'espace de quelques mois. Cependant on a été d'avis que le mieux serait d'installer sur le territoire de l'empire d'Allemagne des laboratoires régionaux, convenablement outillés pour ces délicates recherches. Point de détail qui a son importance, M. Koch a insisté sur les inconvénients du transport à distance des déjections provenant d'un sujet soupçonné d'être atteint du choléra. Dans un cas suspect, il y a tout avantage à ce qu'un médecin requis pour l'examen des déjections se transporte auprès du malade.

Un autre point qui a été fortement discuté est celui qui a trait au transport du germe cholérique. M. Leyden et M. Hirsch ont cité des faits qui semblent démontrer que des marchandises, des effets d'habillement, du linge conservé, peuvent servir au transport du contage cholérique, chose niée par M. Koch. Ce dernier a fait valoir que dans les faits en question l'intervalle de temps écoulé entre le moment de la contamination des objets incriminés et le moment où ils ont porté la contagion à distance a été assez court pour que le contage ait pu trouver les conditions d'humidité nécessaires à sa conservation. C'est ainsi que l'air peut servir de véhicule efficace au contage, lorsque dans une atmosphère il se fait une sorte de pulvérisation d'un liquide souillé par des déjections cholériques. C'est ce qui a lieu à Alexandrie, dans le nouveau port où vont déboucher les égouts de la ville. Ce que M. Koch repousse avec énergie, c'est qu'il existe pour le bacille en virgule un état de résistance durable, comparable à ce qu'on observe pour les spores du bacille charbonneux.

A une question posée par l'un des assistants au sujet des rapports du choléra nostras et du choléra asiatique, M. Koch a répondu que dans les déjections et les préparations histologiques provenant de sujets qui avaient été atteints du choléra

---

traité! Et encore fera-t-on moins une étude de *pathologie géographique* qu'un véritable traité de géographie médicale.

C'est cette méthode un peu mitigée d'ailleurs par des considérations d'ensemble sur la structure de la terre, sur les influences de végétation, de géologie, de géo-zoölogie sur l'homme, que le docteur Mahé a adoptée dans sa belle étude parue dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales de Dechambre*.

M. Mahé a d'ailleurs suivi dans sa nosogéographie un ordre tout différent de l'ordre que suivrait un pathologiste pur. Après s'être occupé des épidémies, il passe aux endémies en les reportant aux causes tirées des influences de milieu.

Que ces endémies soient dues en effet à la nature du sol (fièvres paludéennes) ou aux écarts de température (congélation, ou coups de chaleur), aux altitudes ou à la latitude, etc., elles se montrent presque toujours identiques à elles-mêmes dans les régions les plus éloignées. Comme le reconnaît d'ailleurs excellemment M. Le Roy de Méricourt, « la notion de maladie est essentiellement inhérente à la présence de l'homme sur tel ou tel point de la terre. Ainsi, une île déserte pourra être couverte de la plus riche végétation; tant qu'un premier homme n'y a pas abordé, aucune maladie n'y préexiste. Suivant les aptitudes morbides que ce premier habitant portera en lui-même, suivant sa race, son hérédité, sa constitution, etc., il ressentira, d'une manière différente les influences du sol et du climat de cette île, déserte avant son arrivée; il pourra ultérieurement offrir un ou plusieurs ensembles d'actes anormaux qui constitueront ce que nous appelons *maladies*. Il en résulte que ce serait une erreur de croire que le nombre des maladies dont nous avons la notion ait dû s'augmenter, en raison des découvertes que les voyageurs ont faites, à l'exemple des espèces végétales, et qu'il dût sensiblement s'accroître avec les progrès de la géographie médicale. L'organisation humaine, étant le terrain nécessaire de toute maladie, ne peut répondre que par certaines manifestations aux influences morbides plus ou moins semblables qui tendent à la détruire; on aura donc à constater, suivant les races et les nationalités, beaucoup plus de variétés et de nuances que de maladies nouvelles proprement dites. C'est à tort, suivant nous, que l'expression de *géographie médicale* pourrait faire naître dans l'esprit des idées analogues à celles que rappelle la géographie botanique ».

Si néanmoins on parvenait à nous expliquer les particularités

nostras, il lui a été impossible de découvrir le bacille en virgule.

A propos de la question de savoir si le bacille en virgule se reproduit spontanément hors de l'organisme humain, M. Virchow s'est demandé si l'intestin était bien un milieu propice à la végétation du bacille en virgule, microbe *aérobie* selon M. Koch. A ce propos, on a émis différentes hypothèses propres à rendre compte de la présence de l'oxygène dans l'intestin. M. Koch a fait remarquer que d'autres microbes aérobies, l'*oïdium lactis* par exemple, se développent très bien dans l'intestin.

Dans le cours de la discussion, M. Koch a été amené à déclarer que selon lui le bacille en virgule ne se conserve pas longtemps dans l'eau pure, qu'il y périt au bout d'un petit nombre de jours.

A propos de la question de l'immunité, M. Leyden a cité le cas d'un individu atteint deux fois du choléra dans le cours de l'épidémie qui sévit à Kœnigsberg en 1866. L'observation du sujet a été consignée dans la thèse inaugurale de M. Wiwiorowski. Cependant une certaine immunité pour les individus et les localités infestées n'est pas contestable.

Quant à la durée de la période d'incubation, M. Hirsch, en se basant sur des recherches personnelles, lui assigne une durée moyenne de trois à quatre jours. Jamais cette durée n'atteindrait cinq jours. Plusieurs des assistants ont fait remarquer que certainement la période d'incubation pouvait avoir une durée moindre. A cela M. Hirsch a répondu qu'il ne connaissait pas de cas où la période d'incubation ait été inférieure à deux jours. Cette question est naturellement dans des relations très étroites avec celle des quarantaines.

Nous n'avons donné qu'une idée très sommaire de cette longue discussion, parce que la plupart des questions abordées avaient été traitées dans l'exposé de M. Koch, que nous avons reproduit presque intégralement. Nous aurons sans doute l'occasion de revenir sur ce débat, car, sur la proposition de M. Virchow, il a été convenu que la conférence se réunirait une nouvelle fois, si les circonstances le commandaient.

E. Ricklin.

BIBLIOGRAPHIE

Estudios médico-sociales de Sevilla (acompañados de un plano sanitario-demográfico y multos cuadros estadísticos), por el doctor Ph. Hauser. — Madrid, 1884.

Le remarquable ouvrage du docteur Hauser est composé de deux volumes, l'un de 450 et l'autre de 600 pages, tous deux accompagnés de plans et de tableaux statistiques pleins d'intérêt.

Le premier volume comprend les chapitres suivants :

1o Considérations générales sur la Séville ancienne ;
2o Climat de l'Andalousie ;
3o Climat atmosphérique de Séville ;
4o Climat tellurique ;
5o Salubrité du sol ;
6o Mouvement de la population ;
7o Mortalité dans Séville en général ;
8o Mortalité dans les hôpitaux ;
9o Conclusions pratiques relatives à la mortalité générale ;
10o Histoire des épidémies qui ont régné à Séville ;
11o Études sur la vaccination et ses résultats pratiques à Séville ;
12o Des inondations à Séville et de leur influence sur la santé publique, avec réflexions pratiques basées sur des statistiques comparatives.

Ce volume se termine par un extrait de la « Topographie médicale de Séville » publiée par le docteur Monardes au quinzième siècle.

Le tome second se compose à son tour des chapitres suivants :

1o Des eaux potables dans leur relation avec la salubrité publique ;
2o De l'alimentation à Séville ;
3o De la prostitution dans ses relations avec les maladies vénériennes à Séville ;
4o Du paupérisme à Séville ;
5o De la bienfaisance en Espagne ;
6o De la bienfaisance à Séville ;
7o Hospice provincial ;
8o Collège de sourds-muets ;

qu'offre l'étude de la *nosogéographie*, la science étiologique pourrait en tirer profit. Ainsi, pourquoi, aux États-Unis, la scarlatine donne-t-elle à elle seule beaucoup plus de décès que la rougeole et la variole réunies? Je l'ignore. Peut-être cependant pourrait-on arriver à expliquer plus facilement comment il se fait que l'asthme (toujours aux États-Unis) soit deux fois plus funeste sur la côte que dans l'intérieur des terres.

C'est en voulant essayer de faire une appréciation raisonnée du livre que M. le docteur A. Bordier a récemment publié sous ce titre : *la Géographie médicale* (1), que je me suis laissé entraîner à ces réflexions et à un certain nombre de recherches. Et plus j'avançais dans cet examen comparatif des divers travaux parus jusqu'ici sur le même sujet, plus je sentais se fortifier en moi cette conviction que, pour faire une bonne critique d'un livre de ce genre, il faudrait sinon être capable d'écrire soi-même ce livre, du moins posséder les connaissances suffisantes pour constituer l'aptitude à en grouper les matériaux. Alors on fait des comptes rendus critiques qui ont une grande valeur, quelquefois même plus de valeur que l'ouvrage qui a été le point de départ du travail critique. Voyez le grand dictionnaire de Bayle : que fut-il autre chose, à l'origine, qu'une sorte de travail de rectification ou de compléments au grand dictionnaire de Moréri? Et aujourd'hui ne le consulte-t-on pas plus souvent que l'œuvre colossale qui a été pour ainsi dire la cause occasionnelle de sa naissance?

Que fut dans sa conception première l'œuvre capitale de Chateaubriand, *le Génie du christianisme*? Bien moins une œuvre apologétique originale qu'une réfutation critique des travaux des encyclopédistes du siècle dernier?

Plus près de nous, ne trouverions-nous pas aussi des œuvres de critique qui ont non-seulement apprécié le travail des autres, mais ouvert des horizons nouveaux et dont la lecture en tout cas dispense souvent de celle d'œuvres oubliées? Relisez les livres de Sainte-Beuve, et je ne parle pas seulement de son *Histoire de Port-Royal*, je fais surtout allusion à ses *Causeries du lundi*, et vous saurez ce qu'un critique consciencieux doit amasser de connaissances pour entreprendre de résumer, de juger et souvent de rectifier l'œuvre d'un homme.

(1) Dans la *Bibliothèque des sciences contemporaines*, 1 volume in-12 de xxiv-663 pages, avec cartes. Paris, Reinwald, 1884.

9o Bienfaisance municipale;
10o Etablissements de charité privée;
11o Instruction publique;
12o De la criminalité;
13o De l'emprisonnement à Séville.

L'ouvrage du docteur Hauser qui, comme on vient de le voir par l'énumération des chapitres qui le composent, touche à toutes les questions relatives à l'hygiène publique de la cité andalouse, a obtenu un vif succès en Espagne, grâce à l'appui de l'Académie royale de médecine, à la faveur du gouvernement, grâce aussi à la notoriété des deux préfaciers, don Antonio Machado et Manuel Silvela, ce dernier actuellement notre ambassadeur en France. Mais le succès de l'œuvre est dû surtout au mérite de l'auteur qui y a déployé les plus grandes qualités d'érudition et les ressources d'un esprit méthodique, rompu aux questions d'hygiène et de philosophie médicale.

Il m'est impossible, dans cette courte analyse, de donner un aperçu, même sommaire, des importants sujets traités par le docteur Hauser. Je me contenterai de traduire ici un passage du rapport de l'Académie royale de médecine de Madrid relatif à cet ouvrage, et qui marque en quelle estime elle le tient :

« Le caractère classique de la doctrine développée dans l'œuvre du docteur Hauser, le talent solide qu'elle révèle, les judicieuses déductions relatives aux grandes cités qui découlent de l'étude topographique de Séville, enfin la somme considérable de connaissances qu'elle renferme, constituent un ensemble qui peut être considéré comme un excellent modèle digne d'être consulté pour la rédaction d'œuvres de ce genre, dont l'utilité est incontestable, et qu'il serait désirable de voir se multiplier pour arriver à connaître les conditions sanitaires topographiques, démographiques et médicales des principales cités de notre patrie. La section d'hygiène publique de l'Académie émet le vœu qu'il soit accordé par le ministère un crédit destiné à l'acquisition d'un certain nombre d'exemplaires pour les bibliothèques populaires et les établissements d'instruction dans lesquels ils peuvent être si utiles. »

Le même vœu est à émettre pour la France, et il serait à désirer que chacune de nos grandes cités trouvât, elle aussi, un savant capable de nous donner, sous une forme accessible à tous, son histoire complète au point de vue de l'hygiène sociale et de la salubrité publique.

Dr E. Régis.

FORMULAIRE

1o Potion contre le dévoiement dans la première période du choléra.

(Cuneo.)

Rec. Ether	1 gramme.
Laudanum	XV à XX gouttes.
Extrait de ratanhia	1 gramme.
Sirop d'écorces d'oranges	30	—
Eau de mélisse	120	—

A prendre par cuillerées à bouche.

2o Gouttes anti-cholériques.

(Wunderlich.)

Rec. Teinture d'opium simple	1 gramme.
Vin d'ipécacuanha	3	—
Teinture de valériane	20	—
Essence de menthe poivrée	0 15.

M. s. a. De 20 à 30 *gouttes* plusieurs fois par jour.

E. R.

NOTES & INFORMATIONS

Hôpital de la Charité. — Un incident d'une certaine gravité s'est produit à l'hôpital de la Charité. Un interne de cet hôpital a été grossièrement insulté jeudi dernier par un employé subalterne de cet hôpital. L'outrage a eu lieu sans provocation et en présence de nombreux infirmiers.

Les internes ont aussitôt demandé une juste réparation à l'administration de l'Assistance publique. Après rapport du directeur, enquête d'inspecteur, etc. (formule habituelle des lenteurs administratives destinées à aboutir à une fin de non-recevoir), aucune décision n'a encore été prise par M. le directeur de l'Assistance.

Une députation des internes est allée hier demander une entrevue à M. Ch. Quentin... et n'a pas été reçue.

Aussi ne me permettrai-je pas de juger le livre de M. Bordier; je me contenterai d'indiquer la méthode qu'il a suivie et de donner une idée de ses recherches, sans trop me hasarder à une appréciation motivée.

Mais, avant d'aborder l'œuvre du docteur Bordier, rappelons en quelques lignes les noms de ses principaux devanciers.

(A suivre.)

Dr Albertus.

Le préfet de police a adressé la circulaire suivante aux commissaires de police de la ville de Paris :

« Messieurs,

« Un service spécial de désinfecteurs vient d'être institué près la préfecture de police pour assurer l'exécution des mesures recommandées par le Conseil d'hygiène publique et de salubrité en matière de maladie contagieuse ou épidémique

« Ce service doit fonctionner de la manière suivante : Lorsque vous aurez été informés qu'un malade atteint soit du choléra, soit d'une maladie présentant des symptômes analogues, a été transporté à l'hôpital, ou qu'il a succombé à cette maladie, vous demanderez à la famille si elle veut procéder elle-même à la désinfection du local et des objets contaminés. Au cas de l'affirmative, vous la préviendrez que la désinfection sera contrôlée par le service médical dépendant de la préfecture de police.

« Lorsque la famille ne pourra pas ou ne voudra pas exécuter les mesures de désinfection prescrites, vous m'en avertirez immédiatement et j'enverrai sur place sans retard le personnel et le matériel nécessaires. Si l'épidémie cholérique atteignait Paris, la désinfection en cas de décès serait faite beaucoup plus rapidement encore. Lors de la déclaration du décès à la mairie, la famille serait interpellée sur la question de savoir si elle se charge de la désinfection et, au cas d'hésitation ou de refus de sa part, des ordres seraient donnés pour que la désinfection se fît aussitôt après la levée du corps.

« Je vous prie, messieurs, de prêter au besoin votre assistance au personnel des désinfecteurs.

« Recevez, etc.

« *Le préfet de police*,
« Camescasse. »

Choléra

— TOULON. — On annonce pour aujourd'hui la fermeture des ambulances, preuve que les médecins considèrent l'épidémie comme touchant à sa fin.

— MARSEILLE. — Le Bulletin officiel de l'état civil de Marseille donne les renseignements suivants sur la mortalité pendant le dernier septenaire :

Du 21	an 22	août, mortalité totale	36	Décès cholériques	15
22 —	23	— —	32	—	10
23 —	24	— —	34	—	14
24 —	25	— —	26	—	5
25 —	26	— —	32	—	12
26 —	27	— —	34	—	4
27 —	28	— —	25	—	5

— Dans les autres localités françaises, l'épidémie reste stationnaire, ne faisant que des victimes peu nombreuses.

— En somme, le choléra a envahi jusqu'ici les départements suivants : le Var, les Bouches-du-Rhône, Vaucluse, les Basses-Alpes, le Gard, la Drôme, l'Hérault, l'Ardèche, l'Aude, la Haute-Garonne, les Pyrénées-Orientales. On remarquera que la propagation du choléra s'est effectuée jusqu'ici exclusivement dans le sens de la latitude, rayonnant d'une part vers l'est jusque dans les Pyrénées-Orientales et la Haute-Garonne, vers l'ouest en Italie, sans tendance à s'étendre vers le nord.

En dehors de cette zone, on n'a guère signalé jusqu'ici que des cas douteux à Lyon et dans l'Yonne.

— ITALIE. — Le choléra s'étend de plus en plus en Italie Quinze provinces, sur soixante-neuf dont se compose le royaume, sont actuellement infestées.

A la Spezzia, le nombre des décès cholériques constatés de minuit 24 août à midi 26 a été de 17, ce qui donne un total de 97 décès cholériques depuis l'apparition du fléau.

On a découvert à la Spezzia que les premières personnes mortes du choléra ont été enterrées clandestinement dans des jardins, sans que l'on ait creusé des fosses. Les pluies abondantes qui sont tombées ces jours derniers ont soulevé des émanations pestilentielles qui ont propagé le fléau.

— Conformément à l'avis de la commission du choléra, le ministre du commerce a décidé l'établissement d'un service de surveillance médicale aux gares frontières d'Italie.

De plus, les divers directeurs de la santé ont été avisés par M. Ch. Hérisson qu'ils aient à considérer comme suspects, quelle que soit la teneur de leur patente, les provenances d'Italie et à leur appliquer en conséquence les dispositions du décret du 22 février 1876.

***

CONGRÈS D'HYGIÈNE. — La première section du congrès d'hygiène a adopté à l'unanimité les propositions de M. Proust. Le congrès émet les vœux suivants : 1° nouvelle réunion de la conférence sanitaire internationale ; 2° création d'une commission internationale permanente ayant pour but d'étudier les épidémies ; 3° adoption d'un code sanitaire international.

La seconde section du congrès, sous la présidence de M. Napias, a discuté l'intervention de l'Etat pour la protection des ouvriers.

La troisième section, présidée par M. Brouardel, a traité la falsification des vins. Dans l'assemblée générale, M. Rochard a parlé de la valeur économique de la vie humaine. Sa conférence a eu un grand et légitime succès.

— CRÉMATION. — Le conseil général du Gard a émis le vœu suivant sur la crémation des corps :

« Considérant que la loi oblige à un mode unique de sépulture auquel nul ne peut se soustraire ;

« Considérant que l'enterrement des corps offre des inconvénients graves au point de vue de la salubrité publique, inconvénients qui se transforment, en temps d'épidémie, en véritables dangers ;

« Considérant que les cimetières, aussi bien aux abords des grandes villes que dans les moindres villages, non seulement sont des foyers d'infection, mais encore représentent des terres improductives et tristement stériles ;

« Considérant que des pays, tels que la Saxe et l'Italie, ont facilité la création d'établissements destinés à la crémation des corps en donnant l'autorisation nécessaire à leur fonctionnement ; que la France, pays de progrès et de liberté, ne saurait rester en arrière ;

« Considérant toutefois qu'il faut concilier les intérêts publics avec le respect des traditions, des coutumes et des convictions religieuses ;

« Le conseil général émet le vœu que la loi sur les sépultures soit revisée dans le sens le plus large et que, sous la garantie des mesures qui seront jugées indispensables, la crémation des corps soit autorisée. »

— LEGS. — Dans la séance du 11 juillet 1884, le Conseil municipal a émis un avis favorable à l'acceptation de différents legs de : 1° Mme Dagneau, pour la création de lits d'hospice (300,000 fr.), de lits d'hôpital (50,000 fr.) et de 20,000 fr. pour les bureaux de bienfaisance des vingt arrondissements de Paris ; 2° M. Leduc, pour l'entretien d'un lit dans un hôpital (2,000 fr.).

— REMPLACEMENTS. — Un jeune médecin demande à faire un remplacement pendant les vacances. — S'adresser au bureau du journal.

R. F. D.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Le choléra vient de faire une nouvelle victime dans le corps médical : M. le docteur Eugène Fanton a succombé à Arles le 19 août ; ses obsèques ont eu lieu le lendemain au milieu d'une nombreuse assistance.

— On annonce la mort du docteur Suquet, d'Aurillac (Cantal) ; — de M. le docteur Jaubert, médecin inspecteur des eaux de Greoulx ; — de M. le professeur Cohnheim à Leipzig.

***

HÔPITAUX DE PARIS. — Par arrêté ministériel en date du 6 août, M. le professeur Gosselin, ancien chirurgien de l'hôpital de la Charité, est nommé chirurgien honoraire des hôpitaux.

***

CONCOURS. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique en date du 25 août 1884, le concours qui devait s'ouvrir le 15 novembre 1884, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Marseille est reporté au 15 février 1885.

— Le concours qui devait s'ouvrir le 10 décembre 1884, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine et pharmacie de Marseille, est reporté au 10 mars 1885.

— Un concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Nancy s'ouvrira devant cette Faculté le 18 janvier 1885.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

***

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret du 9 août 1884, ont été nommés :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs en médecine : Tourneux, Proust, Thurien, Rousseau, Auvard, Berne, Souchet, Diverneresse, Urpar, Bobiolis, Brisson, Thomas, Diffre, Benet, Boyer, Baranger, Pourcelot, Toulze, Révolat, Boyer, Chapon.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Thèses de doctorat soutenues pendant l'année scolaire 1884

105. M. Hamel. Contribution à l'étude des fractures de l'extrémité supérieure du tibia. — 106. M. Gilson. De la cirrhose alcoolique graisseuse. — 107. M. Menon. De l'acide phénique dans le traitement de la fièvre typhoïde. — 108. M. Contancin. Essai sur la dilatation du cœur droit consécutive à la pneumonie lobaire, franche, aiguë. — 109. M. Birabeau. Etude sur l'extraction des sondes tombées dans la vessie. — 110. M. Proust. De la pneumonie traumatique. — 111. M. Bennezon. Etude sur l'étiologie et la pathogénie des abcès de la région mammaire.

Décès notifiés au bureau municipal de statistique de la ville de Paris du vendredi 15 au jeudi 23 aout 1884.

Fièvre typhoïde 44. — Variole 1. — Rougeole 19. — Scarlatine 2. — Coqueluche 11. — Diphtérie, croup 16 — Dysentérie 1. — Erysipèle 7. — Infections puerpérales 6. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 54. — Phthisie pulmonaire 167. — Autres tuberculoses 13. — Autres affections générales 82. — Malformation et débilité des âges extrêmes 43. — Bronchite aiguë 9. — Pneumonie 55. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 138, — au sein et mixte 62. — Inconnu 14. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 87. — de l'appareil circulatoire 42. — de l'appareil respiratoire 57. — de l'appareil digestif 64 — de l'appareil génito-urinaire 25. — de la peau et du tissu lamineux 7. — des os, articulations et muscles 8. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 1. — Epuisement 0. — Causes non définies 1. — Morts violentes 40. — Causes non classées 6. — Total de la semaine : 1080 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

La vingt-sixième édition, année 1884, de l'Annuaire des eaux minérales de la France et de l'étranger, publié par la Gazette des eaux, est en vente à la librairie Gauthier-Villars et à la librairie médicale de Jacques Lechevalier, rue Racine, 23. Ce volume contient la nomenclature des stations françaises et des principales stations étrangères ; classement des eaux minérales selon leur nature, memento de leurs indications thérapeutiques ; notices sur les stations les plus recherchées, renseignements pratiques, services spéciaux des chemins de fer, etc., etc. — Joli volume in-18. — Prix : 1 fr. 50.

M. Préterre vient de présenter à l'Institut et à l'Académie de médecine la huitième édition considérablement augmentée de son travail sur le protoxyde d'azote. Cet ouvrage contient un exposé complet de toutes les méthodes d'anesthésie étudiées jusqu'à ce jour et le récit des expériences entreprises récemment pour démontrer la supériorité du protoxyde d'azote sur tous les moyens connus de supprimer la douleur.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart, Paris.



GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

DERMATOLOGIE

SUR LE MYCOSIS FONGOÏDE, par le docteur PAUL FABRE (de Commentry).

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

Troisième groupe.

CAS MÉCONNUS DE MYCOSIS FONGOÏDE ET CAS DOUTEUX.

XXVII. — Observation publiée par Virchow (*Die Krankuften geschwülste*, page 593, 1864-1865).

Il s'agit d'une vieille fille de 65 ans qui, dans d'excellentes conditions sociales, eût une sorte d'urticaire avec prurit intense dont les nodosités, loin de disparaître, se développèrent. Les plus grosses nodosités siégeaient à la cuisse droite sous la région inguinale. D'autres groupes apparurent ensuite en grand nombre à la jambe gauche, au bras, à la partie antérieure du tronc, à la face. Mais l'affection avait son siége principal aux extrémités inférieures et particulièrement à la partie supérieure du membre inférieur, qui semblait en être le point de départ. Là existait une tumeur considérable à gros mamelons, qui occupait presque les deux tiers du membre inférieur. Sur une surface limitée par des rebords couverts de squames et de croûtes jaunâtres s'élevaient des nodosités en grand nombre, du volume d'une petite pomme, multilobées, d'une couleur rouge bleuâtre, presque complètement insensibles, laissant suinter un liquide fétide. Quelques-unes étaient ulcérées et tendaient à la gangrène. Sur d'autres points, et spécialement à la cuisse, les lésions affectaient une certaine ressemblance avec le *lupus serpigineux*, formant de grands circuits avec tuméfaction de la peau en grandes masses framboisées, résistantes, limitées par un rebord saillant, très rouge, recouvert d'une pellicule très fine, rebord qui circonscrit une surface de plusieurs pouces de diamètre où la peau est en partie normale et recouverte par places de points cicatriciels et d'un épiderme brunâtre. Suivant l'assertion de la malade, le centre avait été également atteint et avait guéri spontanément. De petits groupes qui occupent les bras et les mains ont la même forme, quoique plus irréguliers, grossièrement verruqueux sur divers points et recouverts de croûtes épaisses, blanches et brunâtres. Après l'emploi de la décoction de Zittmann, on a observé une légère amélioration. Cette amélioration fut plus marquée à la face, où existaient des groupes de foyers lupeux, grands, flasques, brunâtres, avec une desquamation épidermique de couleur blanche au menton.

On n'aperçoit nulle part des cicatrices profondes, calleuses et rétractées. La régression observée ne met pas à l'abri d'une récidive sur place, récidive qui s'accompagne d'une violente congestion de prurit, de brûlure, lui donnant l'apparence de plaques d'urticaire rarement unies à des vésicules d'eczéma.

L'état général était fortement atteint, bien que les ganglions lymphatiques et les organes internes fussent indemnes.

XXVIII et XXIX. — Deux observations de Hans Hebra (ARCHIV. FÜR DERMATOLOGIE UND SYPHILIS, 1875). La première est celle d'un homme de 47 ans, reçu en 1873 à la clinique de Vienne et mort

FEUILLETON

FEUILLES VOLANTES

Aout-septembre.

Feuilles violentes et feuilles volantes. — Droits et devoirs de la critique. — Egratignures et conseils ; adulateurs et thuriféraires. — Nomination de deux professeurs à la Faculté de Paris. — Vacances et congrès. — Les morts : Cohnheim, Erasmus Wilson, Burq, etc. — Les médecins en face du choléra. Les victimes du devoir professionnel.

Pour rien au monde, nous ne voudrions consentir à substituer le titre de *Feuilles violentes* à celui de *Feuilles volantes* que nous avons adopté. Et cependant il nous arrive parfois de faire de vives égratignures, de donner des conseils qui détonnent, au milieu d'un concert d'éloges excessifs, d'adulations plates, d'admiration aveugle. Mais c'est là le vrai rôle de la critique et de ceux qui se résignent à rester en debors du mouvement scientifique, en consignant l'expression de leur pensée dans un feuilleton. En revanche, cette résignation mérite bien d'être compensée par l'avantage de mieux voir, de mieux juger, de bien apprécier, et au besoin de crier gare aux aventureux de la science qui vont trop vite ou qui s'égarent.

Quand on est engagé dans une voie pleine de promesses, on ne tarde pas à être suivi, entouré, assailli, on risque à ces premiers succès de perdre sa route. Doit-on reprocher à celui qui ne peut ou ne saurait faire chemin avec vous, mais qui cependant s'intéresse on ne peut plus à votre œuvre, de vons dire : Prenez garde ! évitez tel fossé, tel écueil, tel danger qui serait aussi un danger pour la science. Le rôle de thuriféraire quand même a sans doute bien plus d'avantages, on est toujours bien accueilli de ceux que l'on encense, que l'on adule, ou que simplement on se contente d'écouter et de suivre en aveugle. Car il faut n'avoir aucune ambition personnelle pour ne pas se laisser entraîner par un mouvement qui vous intéresse en tant qu'homme d'études. Et en somme n'est-il pas besoin de plus d'abnégation ou plutôt de courage pour signaler les récifs à ceux qui, triomphants, vont entourés et poussés en quelque sorte par la foule qu'ils ont séduite et

d'érysipèle ; la deuxième est celle d'un meunier de 36 ans, qui avait également des tumeurs avec un prurit intense.

XXX. — Observation douteuse, car l'auteur y signale des différences notables avec le mycosis fongoïde, publiée par H. Port, d'un homme de 36 ans, atteint d'une forme de sarcomes multiples (1865-1866), se terminant par la mort dans l'état cachectique le plus complet (DEUTSCH. ARCHIV. FÜR KLINICH. MED., t. XX, page 139).

XXXI. — Cas de Geber, publié sous le nom de néoplasie inflammatoire fongoïde (DEUTSCH. ARCH. FÜR KLIN. MÉD., t. XXI, mars 1878, Leipzig).

XXXII. — Cas de Vigglenworth (New-York, 1876), cité et résumé par Tanturri (IL MORGAGNI, 1877, p. 94). Femme de 40 ans, morte dans la cachexie.

XXXIII. — Cas d'un sujet présenté par le docteur Piffard à la Société de dermatologie de New-York et dont l'observation n'aurait pas été publiée (voir TRANS. AMER. DERM. ASSOC. 1878). Cité par Louis Dubring dans son *Traité pratique des maladies de la peau*.

XXXIV et XXXV. — Les deux faits publiés par M. Adrien Charpy (dans un article des ANNALES DE DERMATOLOGIE de Doyn, 1872, quatrième année, p. 26), et rapportés par cet auteur au lichen hypertrophique. Ces observations, recueillies à l'hospice de l'Antiquaille, de Lyon, dans le service de M. Dron, se rapportent à deux hommes, l'un de 40 et l'autre de 30 ans. V. Tanturri a résumé ces deux faits dans son travail sur le mycosis.

XXXVI. — Sous le même nom de *néoplasme fongoïde inflammatoire*, M. le docteur Dubring a publié (REPORT OF THE AMERICAN DERMATOLOGICAL ASSOCIATION, 1878) l'observation d'une femme dont la peau était le siège d'une production continuelle de tumeurs se succédant les unes aux autres, au fur et à mesure que les plus anciennes disparaissaient. Ces tumeurs avaient la couleur d'une framboise ; elles étaient tendues, d'un aspect tuberculeux, parsemées de sillons, et ne renfermaient pas de pus. Elles occupaient toute la surface du corps ; leur volume variait de celui d'un pois à celui d'un œuf ; les unes étaient molles, les autres dures ; les unes lisses, les autres rugueuses ; quelques unes étaient lobulées (1).

Ce cas me paraît tellement se rapprocher du mycosis fongoïde que j'ai cru devoir le mentionner ici.

XXXVII. — Cas de M. le docteur Heurtaux (de Nantes), soumis par M. Guyon à la Société de chirurgie le 22 octobre 1873, sous le titre de « sarcome globo-cellulaire lymphadénoïde à grandes cellules », de Rindfleisch, ou de « tumeurs lymphadénoïdes de l'avant-bras gauche chez une femme de 28 ans ».

M. E. Demange a publié ce fait de la clinique de M. Heurtaux parmi les observations de sa thèse sur la *Lymphadénie* (p. 83).

XXXVIII. — Cas rattaché par M. Guibout à la diathèse fibromique (*Leçons cliniques sur les maladies de la peau*, 1876, p. 642.) Femme de 67 ans ; beaucoup croyaient à un cancer. Tanturri range ce fait parmi les cas de mycosis.

XXXIX. — Cas du docteur Hardaway (ARCH. OF DERMATOL., avril 1880), cité par Louis Dubring dans son *Traité des maladies de la peau* (traduction française, p. 676).

Il s'agit d'une dame de l'âge moyen, jouissant d'une bonne santé générale, dont les mains et les pieds, les avant-bras, les bras, les jambes étaient le siège de nombreux tubercules ou tumeurs, disposés symétriquement, gros comme un pois ou une noisette, recouverts d'un épiderme épais, squameux et dur comme de la corne. Par places, ces tubercules se réunissaient pour former des plaques mamelonnées ; ailleurs, ces plaques étaient lisses et occupaient toute l'épaisseur de la peau. Les démangeaisons étaient insupportables.

Cette affection dura vingt ans, débuta par la formation de bulles bientôt suivies de tubercules et de tumeurs. Parfois les tumeurs s'ulcéraient, puis elles guérissaient ; quand on les excisait, elles reparaissaient avec leur forme primitive. Le docteur Heitzmann en fit l'examen histologique et montra qu'elles étaient le résultat d'un processus inflammatoire chronique siégeant dans les couches les plus superficielles du derme.

XL et XLI. — Deux observations d'Auspitz (de Vienne), citées par Tanturri (*Il Morgagni*, 1877, p. 14). La première a trait à une dame hongroise de vingt-huit ans, mariée depuis deux ans. Mort par œdème du poumon. La deuxième se rapporte à une autre femme de vingt-six ans chez laquelle l'exanthème initial se développa au sixième mois d'une grossesse. Morte par péritonite puerpérale après des attaques d'éclampsie.

XLII. — Observation d'Ingelstedt. Cas de néoplasme lymphatique de la peau (NORNISCH. KLIN. MED. ARCHIV., 1876). Femme syphilitique, entrée à l'hôpital communal de Copenhague. L'examen histologique d'une des tumeurs fut fait par le docteur Dâble, qui décrivit un tissu tout à fait semblable à celui des glandes lymphatiques (observation citée dans le travail de Tanturri).

XLIII. — Observation du service de M. Desprès (GAZETTE DES HÔPITAUX, 13 mars 1884). Femme de quarante-quatre ans qui était atteinte de gommes cancéreuses et nullement de mycosis fongoïde. Nous avouons même ne pas comprendre comment cette observation, qui ne représente ni la marche clinique ni les lésions anato-

(1) GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, 1879, p. 43.

---

qui les empêche de suivre tranquillement leur chemin, que de se constituer leurs simples acolytes ? Les hommes passent, les œuvres restent. Il vaut mieux tendre à améliorer l'œuvre qu'à plaire à l'homme qui en est l'auteur.

Aussi, en dépit des petites contrariétés et peut-être des mécontentements que ces pages peuvent quelquefois susciter, nous sommes persuadés que nous remplissons un rôle utile pour la science, et nous n'hésitons pas à continuer.

***

Voici par exemple une chaire qui est devenue vacante à la Faculté de médecine. Pourquoi ne dirions-nous pas à haute voix ce que tout le monde pense ? Pourquoi n'exprimerions-nous pas notre désappointement en voyant présenter en seconde ligne, comme candidat à une chaire de pathologie externe, M. Tillaux que l'on s'accorde à considérer comme ayant toutes les qualités requises pour enseigner avec fruit aux élèves les maladies chirurgicales ? Mais voilà : des raisons de personnes sont intervenues, car on persiste à la Faculté à ne jamais s'occuper des intérêts ou des désirs des élèves et à ne tenir compte que des convenances extra-scientifiques. Et M. Lannelongue a été nommé. — Le ciel me garde de dire que la Faculté a fait un mauvais choix ! Mais M. Lannelongue étant d'une dizaine d'années plus jeune que M. Tillaux aurait pu attendre un peu. Toutes les forces disponibles auraient été ainsi mieux utilisées.

Il est vrai que la chaire de médecine opératoire conviendrait si bien au candidat malheureux, que l'on peut espérer qu'elle lui reviendra. Mais pour cela il faudrait que le corps professoral respectât un peu mieux à l'avenir l'espèce de convention tacite qu'on lui attribuait, il y a quelques années, de ne consentir aux permutations de chaires qu'en faveur des professeurs qui aspirent à une chaire de clinique.

***

M. Wurtz, en mourant, avait aussi laissé une chaire vacante. Il y avait plusieurs compétiteurs. M. Armand Gautier a été nommé professeur de chimie médicale. Il avait des titres sérieux. J'ignore si de tous les candidats à cette chaire il possède les plus grandes aptitudes à l'enseignement de la chimie. Mais la chimie n'étant pas de ma compétence, je m'abstiens de me prononcer.

***

miques caractéristiques du mycosis fongoïde, sert à l'auteur de point de départ pour attaquer le droit du mycosis fongoïde à une existence propre.

Nous n'en aurions pas fini, dans cette revue déjà trop longue, si nous abordions la question des lymphadénomes, de la diathèse lymphogène, etc. Il nous suffira d'avoir donné, en même temps qu'un aperçu général de la question, une série d'indications bibliographiques qui pourront n'être pas sans utilité. Ce sera là la meilleure récompense de recherches arides (1).

Réflexions sur la nature du mycosis fongoïde.

En démontrant la nature histologique des excroissances qui surviennent à la troisième période du mycosis, le microscope a fait beaucoup. Il a permis d'affirmer l'individualité pathologique et de fixer le diagnostic de cette entité morbide, déjà cliniquement établie par Bazin.

Mais le microscope n'a pas tout fait. Il n'a révélé ni la nature ni la pathogénie de cette affection que Bazin désignait sous le nom de *lèpre indigène*. Le microscope n'a pas expliqué cette évolution étrange qui, sur un même individu, permet d'assister à la production de toutes les formes élémentaires de l'inflammation de la peau : papules, érythème, vésicules, squames, macules, plaques, tumeurs, excoriations, croûtes, peut-être pustules, etc.

L'analyse microscopique ne nous a révélé, en somme, que la nature des lésions qui apparaissent à une période déjà tardive dans le cours du mycosis fongoïde.

Les manifestations cutanées qui précèdent l'apparition des excroissances mycositiques ne paraissent pas en effet dépendre des lymphadénomes.

M. Malassez, dans une communication verbale, me disait avoir eu à examiner la peau d'un sujet qui avait des plaques congestives et qui mourut à cette période. On avait porté le diagnostic de *mycosis probable en voie de formation*. Le microscope ne put déceler rien qui eût rapport au tissu adénoïde.

Aussi, tout en reconnaissant le pas immense que l'anatomie générale a fait faire à l'étude de cette affection, devons-nous laisser entrevoir qu'il nous reste beaucoup à apprendre.

Ce n'est peut-être qu'une classification provisoire que nous faisons en formant un groupe de maladies des organes lymphatiques.

Nous constatons par là qu'il existe des maladies dans lesquelles les fonctions des organes lymphatiques s'exagèrent, dans lesquelles ces organes eux-mêmes se développent ou se multiplient; mais il nous reste à rechercher et à trouver à quelle cause ces phénomènes qui ne sont que des effets doivent être rapportés.

Ce sera la tâche de l'avenir.

Quoi qu'il en soit, je crois pouvoir résumer de la manière suivante les principaux faits aujourd'hui acquis à la science, dans l'étude du mycosis fongoïde.

Résumé et conclusions.

Cette maladie heureusement si rare que Bazin, en 1876, disait n'en connaître que onze cas dans la science, se caractérise autant, sinon plus, par l'étrangeté de la marche, que par la nature des lésions.

D'une durée habituellement longue, puisqu'il met généralement plusieurs années à parcourir les diverses phases de son évolution, le mycosis fongoïde a toujours jusqu'ici abouti à une terminaison fatale, à l'exception d'un seul cas qui paraît avoir définitivement guéri.

On peut, dans la succession des symptômes de cette singulière affection, reconnaître quatre périodes, quelquefois bien distinctes, mais le plus souvent empiétant l'une sur l'autre :

1° Une *période initiale*, caractérisée par l'apparition sur la

(1) Pour compléter les indications bibliographiques données dans les pages précédentes, je signalerai encore les travaux suivants :

1° Le travail de Kœbner (*Klinische und Experimentelle Mittheilungen aus der Derm. und Syph.*, p. 37, Erlangen, 1864), dans lequel sont rapportées cinq observations. Deux de ces observations ont été prises dans le service de Hardy, deux autres dans celui de Bazin, la dernière est le fait publié par Alibert. Ces cinq observations sont à leur place dans le tableau résumé que nous avons essayé de faire ;

2° Les travaux de Tilbury Fox : *Skin Diseases ; their description, diagnosis and treatment*, London, 1873, in-8. — *Atlas of skin diseases*, London, 1877. Ce regretté dermatologiste a décrit le mycosis sous le nom de « fibrome fongoïde » ;

3° Biesiadecki, *Tumeurs leucémiques de la peau* (*Ver der Aerzte in Nieder Oester*, 1875) ;

4° Les annotations ajoutées par MM. E. Besnier et A. Doyon à leur traduction des *Leçons* de Moritz Kaposi, t. II, p. 140-148 ;

5° Les annotations de MM. Barthélemy et Colson à leur traduction du *Traité* de L.-A. Duhring, p. 674.

Il ne faudrait pas remonter bien loin dans le passé, il suffirait de reculer de vingt ans à peine, pour retrouver un temps où nos médecins ou chirurgiens des hôpitaux de Paris ne prenaient pas de vacances. L'Ecole de médecine fermait ses portes aux élèves, mais presque tous leurs maîtres, tous ceux qui en même temps que d'une chaire à la Faculté étaient chargés d'un service hospitalier restaient à leur poste. Aujourd'hui les congrès se multiplient, les vacances se généralisent et, seuls, les jeunes médecins ou chirurgiens du Bureau central font preuve d'activité perpétuelle, et, en remplaçant dans leurs fonctions les maîtres de la veille, leur permettent de goûter un repos bien mérité.

Cela n'est que justice. De tous les corps d'état, de toutes les carrières dites libérales, la profession médicale semblait seule imposer jusqu'ici une assiduité non interrompue. Les forces humaines ont cependant des limites. On peut attendre une bien plus grande somme de travail utile d'un être qui prend de temps en temps un peu de repos que de celui que les exigences sociales retiennent incessamment sous le joug. La nécessité de quelques semaines de vacances pour le médecin qui ne peut pas même compter sur ses nuits pour se reposer s'imposait donc à notre temps. La réforme est en bonne voie. Il sera bientôt permis même au médecin de province, au médecin de campagne, d'aspirer à un repos périodique où ses forces iront annuellement se retremper.

***

Cette heureuse réforme sera facilitée par la multiplication toujours croissante des congrès. Les congrès, encore chose éminemment utile! Œuvre et en même temps élément de progrès : échange de vues, discussions et critiques courtoises, frottements internationaux, occasion de voyage, invitation à la connaissance des langues étrangères, diffusion des notions scientifiques, contacts utiles, etc., etc.

***

Avant-hier nous avions eu un congrès d'hygiène industrielle à Rouen, et les médecins anglais tenaient leurs assises annuelles à Belfast.

Hier nos confrères de tous les pays recevaient l'accueil le plus bienveillant, le plus cordial à Copenhague, chez ces Français de la Scandinavie, chez les Danois; aujourd'hui, c'est la Haye qui fête les hygiénistes du monde entier ; demain, ce sera Bâle qui re-

pean, en poussées successives, de taches congestives simulant l'urticaire ou l'érythème papuleux, ou encore de l'eczéma au début de l'éruption.

2° Une *période lichénoïde* présentant des papules persistantes à démangeaison très vive, accompagnée d'insomnie.

3° Une période que je proposerai d'appeler *période de transition*, dans laquelle l'éruption de lichen coïncide avec la présence de plaques indurées d'un rouge brun, et avec d'autres altérations cutanées d'aspect très varié, puis surtout avec l'apparition des premières tumeurs néoplasiques, parfois aussi avec l'engorgement des ganglions lymphatiques.

4° Enfin une *période de cachexie*; alors les tumeurs mycosiques se multiplient, s'ulcèrent à la surface, se mettent à suinter; quelques-unes s'affaissent, disparaissent même sans s'être ulcérées, mais il s'en produit de nouvelles; une diarrhée colliquative, une anémie globulaire de plus en plus marquée, rarement de la leucocythémie, un affaiblissement progressif, souvent de la fièvre hectique, tels sont les symptômes précurseurs de la mort qui vient terminer la scène.

Il peut se faire qu'une ou plusieurs des premières périodes viennent à manquer.

Depuis les travaux du docteur Gillot et du docteur Demange, appuyés sur les examens microscopiques du professeur Ranvier, on sait que les tumeurs du mycosis sont de la même nature que les ganglions lymphatiques. Mais, jusqu'ici, ces recherches n'ont eu trait qu'aux productions de la dernière phase de la maladie; il reste à éclairer la nature de l'ensemble de l'affection, à découvrir la pathogénie du mycosis fongoïde.

Dans le cas que j'ai eu en observation, je dois noter, comme élément étiologique, les conditions malsaines de l'habitation pendant plusieurs années, d'un logement humide, étroit, mal éclairé.

Enfin je ferai remarquer la coexistence chez mon malade d'un affaiblissement de la mémoire et des autres facultés intellectuelles, affaiblissement qui avait déjà débuté plusieurs années avant l'explosion de la lymphadénie cutanée et à la suite d'une fièvre typhoïde.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Albuminurie et purpura dans le cours d'une syphilis secondaire, par le docteur de Sinéty.

La présence de l'albumine dans l'urine, accompagnant les manifestations secondaires de la syphilis, a été rarement observée. Beaucoup d'auteurs n'en font même pas mention (1) ou la signalent à peine (2). Quoiqu'il en existe un certain nombre de cas cités par Perroud, Guiol, Lee, Gailleton, Lancereaux et d'autres (3), leur rareté relative m'a engagé à publier l'observation suivante :

La nommée Marie C..., âgée de vingt-trois ans, entre dans notre service le 19 janvier 1884, salle n° 11, lit n° 13, pour une uréthrite et des végétations multiples.

Bien réglée depuis l'âge de quinze ans, n'ayant jamais eu de grossesse, la malade nous raconte qu'elle a été atteinte, il y a dix ans, d'une plaie à la jambe, consécutive, dit-elle, à une piqûre, et qui avait mis très longtemps à guérir. En dehors de cet accident, elle affirme n'avoir jamais été malade. Elle s'est aperçue, depuis quelques semaines seulement, qu'elle tachait son linge, et souffre un peu en urinant. Née dans la Mayenne, elle est venue à Paris il y a trois ans, pour se placer comme domestique.

A l'examen de la malade, on constate, outre de nombreuses végétations, du pus dans l'urètre et dans les glandes péri-uréthrales. Rien au col ni au vagin. Aucune trace de syphilis ancienne ou récente, aucune cicatrice, si ce n'est celle de la jambe gauche, résultant de l'ulcération de vieille date. Cette cicatrice, blanchâtre, sans coloration cuivrée au pourtour, présente les dimensions d'une pièce de cinq francs.

Le traitement institué consiste en injections uréthrales quotidiennes avec la liqueur de Van Swieten.

Cet agent thérapeutique, n'ayant amené aucune modification de l'écoulement, est remplacé, le 25 février, par la solution d'acide picrique saturée, administrée également en injections uréthrales.

La blennorrhagie ne s'était pas plus modifiée par le second que

(1) Fournier. *Leçons sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme*, 1873.

(2) Jullien. *Traité pratique des maladies vénériennes*, 1879, p. 653.

(3) V. à ce sujet : Cornil. *Leçons sur la syphilis*, 1879, p. 442, et Jullien, *loc. cit.*, p. 677, pour la bibliographie des observations citées.

---

cevra les otologistes; après-demain, Turin ouvrira son congrès des hygiénistes italiens, puis Blois accueillera les membres de l'Association française pour l'avancement des sciences.

La mode est au congrès.

Tout par les congrès et rien que par les congrès.

***

C'est en plein congrès de Copenhague qu'on a appris la nouvelle de la mort du célèbre professeur d'anatomie pathologique Cohnheim.

J. Cohnheim est mort en effet à Leipzig le 16 août, d'une néphrite goutteuse. Il était né en 1839. Pour lui la vie a été courte, mais bien remplie. Sa veuve a reçu de Copenhague un télégramme ainsi conçu : « La section d'anatomie pathologique du congrès de Copenhague apprend avec la plus profonde douleur la mort du grand pathologiste. Elle s'associe au deuil de la famille. La science conservera à la postérité reconnaissante le nom de ce chercheur infatigable. » Signé : Reisz, Virchow, Cornil, Heller, Heyberg, Sangalli.

***

Huit jours avant mourait à Londres le plus illustre représentant de la dermatologie anglaise (depuis la mort de Tilbury Fox), Erasmus Wilson, décédé à l'âge de 75 ans. Erasmus Wilson, avant de s'occuper de dermatologie, avait publié un Manuel d'anatomie à l'usage des étudiants. Il était très riche et c'est en grande partie à sa munificence que l'Angleterre est redevable de posséder aujourd'hui à Londres la fameuse aiguille de Cléopâtre. Erasmus Wilson aurait, dit-on, légué par testament une forte somme, 185,000 livres sterling, à la Société médicale dont il était le président.

***

En France, après le célèbre médecin de la Salpêtrière, Moreau (de Tours), mort âgé de plus de 80 ans, après Rathery, médecin de l'hôpital Tenon, mort à 40 ans sans avoir donné la mesure de sa valeur, nous avons encore à enregistrer la mort d'un homme dont l'existence a été fort agitée et presque aventureuse. Le docteur V. Burq vient de mourir chez un de ses amis à l'âge de 62 ans. C'est en 1851 qu'il avait soutenu sa thèse sur la métallothérapie.

Il fit un peu de bruit alors. Puis, on l'accusa de charlatanisme et le

par le premier traitement, lorsque, le 12 avril, cette femme se plaint de violentes douleurs de tête, accusées surtout la nuit, s'accompagnant de douleurs musculaires et osseuses.

Il existe également un léger iritis du côté droit. Enfin, ayant fait déshabiller la malade, on constate une éruption de syphilides papuleuses, revêtant, sur certains points, une disposition circinée.

L'éruption généralisée est surtout confluente dans le dos et sur les fesses.

Interrogée de nouveau, cette femme nie tout antécédent syphilitique, et, malgré l'examen le plus minutieux, il est impossible de découvrir aucune trace d'un chancre ancien.

Traitement ; deux cuillerées par jour de sirop de Gibert.

Le 6 mai, il existe encore du pus dans le canal ; j'essaye alors des applications locales de copahu liquide dans l'urèthre au moyen d'une bougie.

Ce procédé thérapeutique, sur lequel nous reviendrons plus loin, diminue en peu de jours l'écoulement uréthral.

Le 20 mai (1), il n'y a plus qu'un peu de liquide blanchâtre dans l'urèthre. La malade souffre de nouveau en urinant, depuis deux ou trois jours seulement. Ces douleurs, que nous avions notées au début de la maladie, avaient ensuite disparu jusqu'à ces jours derniers.

Les divers symptômes syphilitiques s'amendèrent rapidement, et, à cette époque (20 mai), les syphilides avaient en grande partie disparu.

6 juin. — Plus de pus dans l'urèthre ; toujours un peu de douleur au moment de la miction.

15 juin. — Il n'y a plus de pus dans l'urèthre ni de douleurs en urinant.

Les syphilides cutanées étaient presque effacées, et nous allions donner son exeat à Marie C..., quand elle fut prise, le 16 juin, de douleurs lombaires assez violentes, s'accompagnant d'une éruption confluente de purpura, localisée aux membres inférieurs. On constate en même temps un œdème considérable des pieds, principalement du pied gauche. Les urines contiennent de l'albumine. Le pouls et la température générale sont à l'état normal ; pas de fièvre. Froid très marqué des extrémités inférieures.

La malade garde le lit, et est soumise à la diète lactée. En outre, on remplace le sirop de Gibert par les frictions au savon mercuriel (2), et l'iodure du potassium à la dose de 3 grammes par jour.

(1) Nous n'avons pas donné l'observation jour par jour, pour éviter des répétitions inutiles et fastidieuses.

(2) Nous employons pour les frictions, au lieu d'onguent napolitain, un savon mercuriel qui présente le grand avantage de n'avoir aucune odeur et de s'enlever au moindre lavage.

Le 20 juin, l'œdème s'est encore accentué. Le pied gauche est d'un rouge livide, qui fait craindre un sphacèle. L'œdème remonte de ce côté jusqu'au milieu de la jambe. La cicatrice ancienne, précédemment signalée, est d'une couleur violacée dans toute son étendue. Il n'existe d'anesthésie sur aucun point. La malade se plaint de douleurs dans les deux pieds (brûlures, élancements), ne s'étendant pas aux jambes ni aux cuisses.

Les douleurs lombaires et en ceinture, accusées pendant les deux premiers jours de l'éruption, ont disparu. Le froid des extrémités, constaté dans la première phase, a été remplacé par une sensation de chaleur localisée aux mêmes points.

L'exploration des différents organes montre que les poumons, le cœur, le foie, la rate, ne présentent rien d'anormal.

21 juin. — Même état. Les urines, examinées par M. Yvon, ne contiennent pas de sucre, mais une quantité notable d'albumine (1 gr. 50 par litre). On constate aussi dans ce liquide la présence de l'iode.

(Rappelons que la malade prenait chaque jour 3 grammes d'iodure de potassium.)

L'examen microscopique montre des cylindres graisseux et quelques globules sanguins.

25 juin. — La malade va mieux ; l'œdème a diminué, surtout à droite. Le purpura persiste.

27 juin. — L'œdème a encore diminué, ainsi que le purpura. Beaucoup moins d'albumine dans l'urine

1er juillet. — L'amélioration continue ; encore un peu d'œdème, principalement sur la face externe des pieds.

2 juillet. — Même état ; un peu d'albumine.

4 juillet. — L'amélioration continue et l'œdème a encore diminué.

12 juillet. — L'œdème a disparu, sauf sur la face externe du pied gauche où il persiste légèrement.

La malade quitte son lit et descend dans le cabinet d'examen. Aucun pansement urétbral n'avait été fait depuis le 16 juin. L'uréthrite, qui paraissait guérie à cette date, se montre de nouveau. Le pus recueilli dans l'urèthre, au moyen d'une curette courbe, est examiné par M. le docteur Henneguy, qui y constate la présence de *gonococcus* et de *bactéries*. On reprend les applications locales de copahu, forcément interrompues par le séjour au lit.

13 juillet. — L'état général est très bon ; la malade demande à être remise à la portion.

19 juillet. — L'œdème a complètement disparu sur tous les points. L'urine ne contient plus aucune trace d'albumine.

8 août. — La guérison a persisté. Il n'y a plus de pus dans l'urèthre. Les urines ne contiennent pas d'albumine. On constate encore, dans le dos, quelques macules brunâtres, pointillées, à

silence se fit autour de son nom et de son œuvre. Il continuait de travailler quand même, il recueillait des matériaux, et, il y a cinq ou six ans à peine, le nom de Burq reparut à l'horizon.

L'école de la Salpêtrière d'abord, Charcot, Luys, puis Dumontpallier, etc., etc., remirent à l'étude son œuvre de prédilection. La métallothérapie entra à toutes voiles dans le port de la science. Et on a créé un nom nouveau : le « burquisme ».

Burq a soutenu son dernier combat en attestant l'efficacité du cuivre comme moyen prophylactique contre les atteintes du choléra. Il est mort avant d'avoir vu triompher ses opinions fort discutables et fort discutées. L'avenir résoudra ce problème qui malheureusement reste trop à l'ordre du jour.

* * *

Car le choléra continue ses ravages ; il s'est étendu sur tous nos départements riverains de la Méditerranée et a gagné l'Italie, tandis que l'Espagne lui ferme obstinément ses portes, et non sans succès jusqu'ici.

En face du fléau, nos confrères font vaillamment leur devoir. Obligés de se multiplier, ils se surménent nuit et jour et lorsque le choléra les frappe ils ne peuvent qu'offrir peu de résistance. Aussi est-elle déjà longue la liste des médecins qui ont succombé : Bourgarel, Borel, l'étudiant Hilaire Dumas, Patras, Bouillancy, sont morts à Toulon et à Marseille, Cathala fils meurt à Cette, Cartoux à Vogué, Fanton à Arles. La liste n'est pas close, car la lutte n'est pas finie. Ce n'est qu'après la bataille qu'on relève les morts. Mais dès aujourd'hui nous pouvons, pour toute oraison funèbre, dire de ces victimes du devoir et du dévouement professionels : « Morts au champ d'honneur ».

Dr PETER-PAUL SOMMANS.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — M. Gardies (Léon-Henri-Prosper), médecin de première classe, vient d'être nommé médecin principal.

M. Bitschiné (Albert-Joseph) a été nommé médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

disposition circinée, derniers vestiges des éruptions syphilitiques.

Exéat le 14 août.

Cette observation nous paraît offrir plusieurs points intéressants :

D'abord, ce fait d'une malade ne présentant le 19 janvier qu'une uréthrite, et qui, tout à coup, trois mois après, est atteinte d'accidents syphilitiques multiples, céphalalgie nocturne, myosalgie, douleurs ostéocopes, iritis, enfin éruption confluente de syphilides cutanées. On aurait pu supposer que le pus uréthral était le produit d'un chancre infectant intracanaliculaire. Mais l'examen attentif, répété chaque jour, ne permet pas cette hypothèse. Il n'y avait d'induration ni d'épaississement sur aucun point de la muqueuse, et le pus amené par la pression d'arrière en avant ne provenait pas seulement du conduit uréthral, mais encore des glandes du voisinage, ainsi qu'on l'observe souvent dans la blennorrhagie. C'était donc un cas de syphilis secondaire parfaitement accusé, sans qu'il fût possible de retrouver la trace de l'accident primitif; fait qui, soit dit en passant, s'observe assez fréquemment chez la femme, peut-être à cause du chancre du col de l'utérus.

A l'époque où l'on confondait les affections blennorrhagiques et syphilitiques, une observation comme celle-ci était bien faite pour induire en erreur les meilleurs esprits.

Un second point à signaler, chez cette malade, est la longue durée de l'uréthrite purulente, sa résistance aux divers traitements, sa réapparition après une guérison apparente, et enfin sa guérison définitive par les applications locales de copahu (1).

Mais la partie la plus curieuse de cette observation, et celle qui nous a engagé à la publier, consiste dans l'apparition simultanée d'un purpura confluent, s'accompagnant d'œdème et d'albuminurie, localisé sur les membres inférieurs, et disparaissant promptement sous l'influence d'un traitement spécifique énergique.

Dans un certain nombre de cas d'albuminurie coïncidant avec des accidents de syphilis secondaire, on a incriminé l'usage du mercure. Cette interprétation ne peut guère être admise pour notre malade. Elle avait subi, il est vrai, du 20 janvier au 25 février, des injections intra-urétbrales de sublimé, et depuis le 12 avril prenait deux cuillerées par jour de sirop de Gibert, ce qui, en somme, représente une très faible dose d'hydrargyre.

Du reste, nous avons si bien repoussé cette hypothèse, qu'en face de manifestations assez inquiétantes, et pouvant devenir graves, nous n'avons pas hésité à administrer le mercure à plus forte dose, sous forme de frictions, associé à l'iodure de potassium.

La guérison de tous ces phénomènes, obtenue dans un temps très court, a donné complètement raison à notre opinion.

Quant à la pathogénie des accidents multiples présentés par cette malade, n'ayant pas eu le contrôle de l'anatomie pathologique, nous ne pourrions faire que des hypothèses tellement vagues et dénuées de preuves, qu'il nous paraît inutile de les formuler.

(1) Ce mode de traitement consiste à introduire chaque jour dans l'urèthre une bougie en gomme (n° 15 ou 16 de la filière de Charrière) enduite de copahu liquide. On la laisse en place pendant une ou deux minutes, puis on la retire. Nous obtenons chaque jour ainsi de très bons résultats dans l'uréthrite de la femme. Notre ami le docteur Vaillant, médecin de la marine, qui nous a indiqué ce procédé, l'avait employé avec succès chez l'homme.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Pathologie du rein

I. De la néphrite cantharidienne, par E. Aufrecht (1). — II. Un cas d'abcès rénal, par J. Singer (2). — III. Des modifications du cœur et du système vasculaire dans les cas de néphrite aiguë, par F. Riegel (3). — IV. Des rapports de la néphrite interstitielle chronique et de l'endartérite oblitérante des petits vaisseaux, par Lemcke (4). — V. De la néphrite arthritique, par R. Virchow (5). — VI. Globuline dans l'urine dans un cas de néphrite aiguë, par W. Werner (6). — VII. Sarcome congénital du rein, renfermant dans sa masse des fibres musculaires striées, par F. Brosin (7). — VIII. Hydronéphrose double congénitale, par E. Henoch (8).

I. M. Aufrecht a fait sur des lapins des expériences consistant à développer une néphrite au moyen des injections sous-cutanées de cantharidine. Les résultats qu'il a obtenus le conduisent à décrire de la façon suivante l'évolution de la néphrite cantharidienne: « Le processus débute par des altérations de l'épithélium, dont les cellules ainsi que leurs noyaux se tuméfient, en même temps qu'apparaissent des boules hyalines dans leur protoplasma. Ces altérations intéressent principalement l'épithélium des capsules de Bowmann, puis en seconde ligne les glomérules et les canallicules du rein. Les cylindres fibrineux sont constitués par la substance hyaline qui prend naissance dans les cellules épithéliales. Après les altérations de l'épithélium, on voit se produire une tuméfaction des noyaux des capillaires dans les glomérules; de là une gêne circulatoire qui entraîne l'oblitération des glomérules. Finalement on voit survenir les lésions du rein atrophique granuleux. »

II. Un jeune homme avait fait à l'âge de 7 ans une chute sur le côté gauche, à la suite de laquelle il avait eu de l'hématurie pendant 12 jours. Depuis il n'avait cessé d'être sujet à des douleurs dans la région lombaire gauche. A l'âge de 25 ans, il a eu une fièvre typhoïde légère, qui l'a retenu au lit environ trois semaines. Pendant la convalescence, il a été pris subitement de fièvre, de douleurs dans l'hypochondre gauche; les urines devinrent rares. Trois jours après, la fièvre tombait; les urines plus abondantes charriaient du pus et du sang. On constatait la présence d'une tumeur fluctuante dans l'hypochondre gauche, laquelle paraissait adhérer au rein gauche. Cette humeur fondit ensuite peu à peu, en même temps que diminuait la pyurie. Le jeune homme guérit complètement. M. Singer, qui publie cette observation, pense qu'il s'agissait là d'un abcès du rein ou du tissu cellulaire péri-rénal, avec ouverture dans le bassinet; quant aux relations de cette suppura-

(1) Pathologische Mittheilungen, t. II. Magdeburg, 1883.
(2) Prager medic. Wochenschrift, 1883, n. 47.
(3) Zeitschrift für klin. Medic., t. VII, p. 260, 1884.
(4) Deut. Arch. für Klin. Medicin, t. XXXV, p. 148, 1885.
(5) Berliner klin. Wochenschrift, 1884, n° 1.
(6) Deut. medic. Wochenschrift, 1883, n. 46.
(7) Virchow's Archiv, t. XLVI, p. 453, 1884.
(8) Charité-Annalen, t. VIII, p. 557, 1883.

tion rénale avec le traumatisme antérieur, on ne peut à cet égard qu'émettre des hypothèses.

III. M. RIEGEL rappelle qu'il a déjà eu l'occasion de signaler une augmentation notable de la pression intra artérielle au début de la néphrite aiguë ; que Galabin a affirmé l'existence d'une hypertrophie cardiaque dans le cours de la néphrite épithéliale, en s'appuyant sur des raisons d'ordre purement clinique ; enfin, que Friedlænder a démontré sur le cadavre l'existence d'une hypertrophie excentrique des deux ventricules, du ventricule gauche surtout, dans des cas de néphrite scarlatineuse. M. Riegel a examiné à ce point de vue un assez grand nombre de cas de cette variété de néphrite. Il a constaté que déjà au début, presque en même temps qu'apparaît l'albumine dans les urines, il existe une augmentation de la pression intra-vasculaire, qui coïncide avec un ralentissement et parfois avec de l'irrégularité des contractions du cœur. A mesure que la néphrite se dissipe, l'augmentation de la pression intra-vasculaire diminue, les contractions cardiaques s'accélèrent. Une augmentation de volume du cœur, due le plus souvent à une simple dilatation de cet organe, ne se rencontre que quand l'élévation de la pression intra-vasculaire est considérable ; elle est toujours postérieure à cette dernière. Les mêmes faits ont été constatés dans d'autres variétés de néphrite aiguë chez les adultes.

M. Riegel estime que le pronostic de la néphrite aiguë relève bien plus de l'état de la pression intra-vasculaire que de l'intensité de l'albuminurie.

IV. M. LEMCKE publie l'observation très intéressante d'une femme de 40 ans, qui avait toujours été bien portante jusque un an avant son entrée à l'hôpital. Elle n'accusait pas d'antécédents pathologiques tranchés ; elle n'était ni goutteuse, ni rhumatisante, ni syphilitique. A son entrée à l'hôpital, elle présentait un ensemble de signes et de symptômes qui ne laissaient pas de doute sur l'existence d'une néphrite interstitielle chronique. C'était au commencement du mois de janvier 1880. Au mois d'octobre de la même année, le tableau clinique se modifia. D'abord la malade présenta des troubles intellectuels assez légers ; elle devint indifférente à ce qui se passait autour d'elle ; elle grimaçait et elle riait sans motif. Bientôt elle éprouva de la difficulté à marcher et à parler. Vers la fin de l'année survint de l'incontinence des urines et des matières fécales. En 1882, ces troubles psychiques et nerveux s'accentuèrent. La malade ne pouvait plus marcher sans le secours d'un aide ; elle était sans cesse larmoyante ; elle ne pouvait plus émettre que des sons inarticulés, tant l'embarras de la parole avait fait des progrès. La jambe gauche était atteinte d'une grande faiblesse. A droite, on constatait l'existence d'une paralysie faciale. L'incontinence des urines et des matières était persistante. Puis, le sommeil devint très agité. Les quatre membres furent envahis par la contracture ; quand on voulait étendre les avant-bras sur les bras, on se heurtait à une résistance considérable. La malade ne pouvait plus avaler les aliments solides ; les aliments liquides refluaient souvent par le nez, et à la fin il fallut recourir à la sonde œsophagienne pour l'alimenter. Par moments, la respiration affectait le type Cheyne-Stokes. La fièvre qui consumait la malade depuis quelque temps augmenta (40° et au-dessus). Le 20 juillet, cette femme succomba dans le coma.

A l'autopsie, on trouva, en fait de lésions intéressantes à noter : le rein gauche, de dimensions moyennes, la capsule adhérente en un assez grand nombre de points ; la substance corticale, sur des surfaces de coupe, diminuée de largeur, la substance médullaire d'un rouge grisâtre ; la consistance de l'organe accrue. Le rein droit notablement atrophié ; sa capsule adhérente sur presque toute la surface de l'organe. Sur une surface de coupe, nombreuses cicatrices en forme de coins, occupant environ les deux tiers de la couche corticale. Dilatation anévrysmale des deux artères iliaques communes. Le cœur considérablement augmenté de volume, surtout en longueur ; le ventricule gauche très hypertrophié ; sa paroi mesure 3 centimètres en épaisseur ; pas de dilatation. Pas d'hypertrophie du ventricule droit.

Le cerveau est d'une consistance au-dessous de la normale, exsangue. La substance blanche des deux hémisphères est parsemée d'un grand nombre de petits foyers blancs ou jaunâtres, dont les plus gros ont le volume d'un haricot. Ce sont de petits kystes remplis de sérosité, qui s'affaissent sur une surface de coupe. Dans les ventricules rétrécis, l'épendyme présente une structure normale. Au-dessous de l'épendyme du corps strié siège un kyste rempli de pigment, du volume d'une lentille. Les deux noyaux lenticulaires et les couches optiques sont parsemés de foyers de ramollissement dont les plus volumineux sont gros comme un haricot. De pareils petits foyers se rencontrent dans la protubérance et dans le bulbe au-dessus de l'extrémité supérieure du quatrième ventricule.

L'examen histologique démontra l'existence d'une artério-sclérose généralisée telle qu'elle a été décrite par Gull et Suton. L'altération intéressait principalement la tunique interne, en partie aussi la tunique adventice. Nulle part la tunique musculaire n'était hypertrophiée, mais en certains points elle était atrophiée. La lumière des petits vaisseaux était diminuée. Les artères de gros calibre étaient fortement athéromateuses.

Pour l'auteur, le point de départ des altérations rénales constatées dans ce cas doit être placé dans l'altération des petits vaisseaux du rein. En d'autres termes, il se rallie à l'opinion de Gull, Suton et autres auteurs, qui considèrent la néphrite interstitielle chronique comme la conséquence d'une artério-sclérose généralisée. Celle-ci a pu avoir pour cause première l'athéromacie des gros vaisseaux ; d'où résistances anormales au cours du sang, hypertrophie cardiaque d'une part, réplétion insuffisante des petits vaisseaux de l'autre. C'est cette réplétion insuffisante des petits vaisseaux qui serait la cause prochaine de l'endartérite.

V. Ce sont les relations de la néphrite avec la goutte que Virchow a eu en vue dans son travail sur la néphrite arthritique. Tout d'abord Virchow s'élève contre l'opinion qui représente la goutte et les calculs uratiques des voies urinaires comme entretenant des relations très étroites ; les calculs du rein et de la vessie, les dépôts sablonneux dans les voies urinaires seraient au contraire très rares chez les goutteux.

Une chose qui n'est point rare, d'après les autopsies nombreuses faites par Virchow, c'est de trouver dans les parties les plus diverses du corps des dépôts d'urate de soude chez des sujets qui de leur vivant n'ont pas présenté de paroxysmes goutteux. La goutte peut donc revêtir des allures insidieuses, ce qu'on observe principalement chez les individus de la classe pauvre, et Virchow est disposé à admettre deux formes de goutte : celle des riches, qui se caractérise par des attaques articulaires franches; celle des pauvres, qui ne donne pas lieu à ces attaques, et qu'il ne faut pas identifier, comme on le fait habituellement, avec l'arthrite déformante. Une seule fois Virchow

a rencontré sur le même cadavre des dépôts d'urate de soude et les nodosités de l'arthrite déformante, lésions bien distinctes.

Chez les goutteux, le rein est souvent le siège d'infiltrations uratiques, qu'il ne faut pas confondre avec les concrétions calculeuses. Ebstein a prétendu que ces infiltrations uratiques occupent le tissu interstitiel du rein. Virchow ne les a jamais rencontrées que dans les canalicules du rein, principalement dans ceux de la substance médullaire, dans la partie moyenne des pyramides, plus rarement dans leur portion périphérique ou dans les papilles. Dans la grande majorité des cas, on trouve, en même temps que ces infiltrations uratiques des reins, des dépôts d'urate de soude dans les autres lieux de prédilection, c'est-à-dire dans les jointures. Aussi la constatation de ces infiltrations uratiques permet d'affirmer avec un grand degré de vraisemblance que le sujet était arthritique.

On trouve encore dans les reins des goutteux les altérations de la néphrite interstitielle signalées déjà par Garrod. Ces altérations occupent la périphérie de l'organe et se poursuivent dans la substance corticale. Elles ont donc une topographie différente de celle des infiltrations uratiques. Elles donnent lieu à des rétractions cicatricielles qu'on peut considérer comme la conséquence d'une néphrie multiple. Entre ces rétractions, le parenchyme rénal peut conserver son intégrité structurale. D'une façon générale, une tendance aux altérations parenchymateuses de l'épithélium rénal fait défaut chez les goutteux.

M. Virchow pense que les lésions de la néphrite interstitielle aussi bien que l'inflammation des jointures sont dues non pas aux dépôts d'urate de soude déjà formés, mais à l'irritation qu'exerce sur ces tissus le sang chargé d'urate de soude. A ce propos, il cite ce qu'il a été à même d'observer sur sa propre personne. A la suite de légères manifestations goutteuses du côté des jointures des doigts, mais sans jamais avoir eu d'attaque de goutte franche, il a été pris d'accidents dénotant une violente irritation des voies urinaires avec fièvre intense, excrétion d'une urine très chargée de pus. On se perdait en conjectures sur le siège précis et la nature du mal, lorsqu'un jour, en examinant au microscope son urine qui n'était qu'un mélange de mucus et de pus, Virchow vit s'y former, après addition d'acide acétique, une innombrable quantité de cristaux d'urate de soude. A partir de ce jour, il se mit à un régime fortement alcalin. Les accidents antérieurs se dissipèrent et au bout de trois mois de ce régime l'urine avait repris des caractères absolument normaux. Donc, dans ce cas, il semble bien que ce soit l'urate de soude en dissolution dans le sang et l'urine qui ait été l'*acre irritans*.

En terminant, M. Virchow fait observer qu'il se forme parfois dans les reins des dépôts blanchâtres calcaires, qu'on est exposé à prendre pour des dépôts uratiques. Les dépôts de chaux se présentent sous deux formes principales : tantôt ils occupent l'épaisseur de la tunique propre d'un canalicule dont la lumière reste perméable, tantôt ils oblitèrent le canalicule. Ces infiltrations calcaires peuvent également se compliquer des altérations de la néphrite interstitielle.

VI. Plusieurs observateurs (1) avaient signalé la présence de la globuline, à côté de l'albumine, dans l'urine de malades affectés d'une néphrite. Chez un garçon de cinq ans et demi, qui a été emporté en huit jours par une néphrite à *frigore*, Werner a constaté que l'urine ne renfermait d'autre substance albuminoïde que la globuline. La précipitation de cette dernière a été opérée suivant le procédé d'Hammarsten, qui consiste à saturer l'urine avec du sulfate de magnésie. L'autopsie n'a pas été faite. En se basant sur l'évolution rapide de la maladie, qui a abouti en quelques jours à une suppression complète des fonctions rénales, M. Werner estime que cette observation vient à l'appui des vues de Senator, comme quoi la globuline, dans ces cas de néphrite, ne provient pas directement du sang, mais du protoplasma de l'épithélium des tubuli, frappé de mortification.

VII. Aux exemples de sarcome du rein chez des enfants, publiés par Eberth, Cohnheim, Marchand, Landsberger et Cohnheim, Kocher et Langhans, Huber et Bostrœm, M. Brosin en ajoute un nouveau. Il concerne un enfant de 3 ans, qui depuis deux années avait dépéri progressivement ; son ventre avait gonflé et on y avait constaté la présence d'une tumeur dure. L'enfant était mort en pleines convulsions. A son autopsie, on trouva une tumeur adhérente au rein gauche, mesurant 14 centimètres en longueur, 8 en largeur et 9 en épaisseur, du poids de 580 grammes. L'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'un sarcome, constitué par une trame conjonctive, dont les éléments fibreux étaient entremêlés de fibres musculaires striés.

VIII. Chez un enfant de six semaines, la sécrétion urinaire, normale jusqu'à trois semaines, avait diminué ensuite pour s'arrêter complètement pendant les cinq derniers jours que l'enfant avait vécu. A l'autopsie, on trouva les bassinets distendus et l'embouchure de chaque uretère oblitérée par du tissu cicatriciel radié très ferme. A gauche, à côté du sac hydronéphrotique existait un autre kyste volumineux renfermant un exsudat hémorrhagique.

(*A suivre.*) E. Ricklin.

(1) Voir : Lehmann (Virchow's Archiv, t. XXXVI, p. 125, 1866). — Gerhardt (Deutsches Archiv für Klin. Medicin, t. V, p. 212, 1869). — Edlefsen (Ibidem, t. VII, p. 67, 1870). — Senator (Virchow's Archiv, t. LX, p. 476, 1874).

BIBLIOGRAPHIE

Les aliénés en Italie

Établissements qui leur sont consacrés. — Organisation de l'enseignement des maladies mentales et nerveuses, par le docteur E. Billod. — Paris, G. Masson, 1884.

Chargé par M. le ministre de l'instruction publique d'une mission scientifique à l'effet d'étudier en Italie l'organisation de l'enseignement des maladies mentales et nerveuses, M. Billod a rapporté de son excursion des documents nombreux et pleins d'intérêt sur les établissements d'aliénés en Italie.

Ce sont ces documents, soigneusement classés et réunis en volume, qui constituent le présent ouvrage.

Les établissements d'aliénés d'Italie (*manicomii* et non *manicomios* comme les désigne par erreur M. Billod) se divisent comme en France en établissements publics et en établissements privés. Comme en France aussi, les établissements publics sont de trois ordres : les manicômes provinciaux, correspondant à nos asiles départementaux ; les établissements autonomes de charité, ayant pour analogues les

asiles publics français s'appartenant et s'administrant en propre; enfin, les hôpitaux et hospices ou quartiers d'aliénés annexés à ces établissements ou en faisant partie intégrante, à l'instar de nos quartiers d'hospices français.

Le nombre des aliénés traités et existants dans ces différents établissements, au nombre de 39 pour l'Italie, s'élevait au 1er juin 1881 à 16,665.

Les établissements privés sont au nombre de 9, et correspondent, en général, à nos maisons de santé de France.

Le personnel médical de chaque asile se compose d'un médecin en chef, qui réunit presque partout à ses fonctions celles de directeur, mais sans attributions administratives, et de médecins assistants en nombre indéterminé.

Les médecins assistants tiennent le milieu entre les médecins-adjoints et les internes de France, et se distinguent de ces derniers parce qu'ils sont docteurs en médecine; leur nombre est en rapport avec celui des aliénés en général, et avec les exigences du service.

Les attributions du premier asistant sont, à proprement parler, celles d'un vice-directeur. Il prend quelquefois le titre de secrétaire de la direction.

Les attributions des autres assistants correspondent à celles qui sont dévolues à nos internes en France. L'internat est donc un rouage qui n'existe nullement en Italie, non plus dans les manicômes que dans les hôpitaux ordinaires.

Le personnel médical des asiles est en général nommé au choix. Toutefois le principe de la nomination au concours sur titres, pour les places de médecin en chef, tend à prévaloir.

Il n'existe pas encore, depuis l'unification de l'Italie, de législation sur les aliénés s'appliquant à toutes les parties du royaume, et bon nombre des anciens Etats, devenus provinces, ont conservé leurs règles particulières et leurs usages locaux.

Cette lacune est sur le point d'être comblée, car un projet de loi sur les aliénés, élaboré par une commission spéciale, se trouve actuellement soumis à l'approbation des pouvoirs publics italiens. Ce projet de loi a eu pour modèle la loi toscane qui elle-même s'était inspirée de notre loi de 1838.

En ce qui concerne l'enseignement des maladies mentales en Italie, le livre de M. Billod abonde en détails pleins d'intérêt.

L'Italie, on le sait, compte non pas une université unique, comme en France, mais vingt et une universités, dont dix-sept royales et quatre libres.

Les universités dont les Facultés de médecine comprennent une chaire de psychiâtrie sont celles de Bologne, Gênes, Modène, Naples, Padoue, Parme, Pavie, Rome, Turin.

Les Facultés de médecine de Palerme, de Pérouse et de Pise n'ont pas de chaire de psychiâtrie, mais elles possèdent un cours libre de cette branche de la médecine.

Les universités dont les Facultés de médecine ne comprennent ni cours officiel ni cours libre de psychiâtrie sont celles de Cagliari, Camerino, Catane, Ferrare, Messine, Sassari, Sienne.

Enfin la section de médecine et de chirurgie à l'Institut d'études pratiques et de perfectionnement de Florence comprend une chaire de psychiâtrie, et Milan, bien que n'étant pas le siège d'une université, possède également un cours de médecine mentale professé par le docteur Verga.

Comme les autres professeurs du royaume, les professeurs de psychiâtrie sont ou professeurs ordinaires, ou professeurs extraordinaires, ou professeurs chargés de cours.

Les professeurs ordinaires sont nommés par le roi, sur la proposition du ministre de l'instruction publique, à la suite d'un concours sur titres et sur épreuves. Ils sont nommés à vie.

Les professeurs extraordinaires doivent être confirmés année par année.

Les professeurs chargés de cours sont nommés d'année en année par le ministre, sur la proposition des Facultés.

Le classement est inhérent aux personnes, c'est-à-dire que le cours de psychiâtrie peut être fait, dans la même université, tantôt par un professeur ordinaire, tantôt par un professeur extraordinaire, tantôt par un chargé de cours, suivant le grade universitaire du candidat désigné.

La situation des professeurs de psychiâtrie dans les universités est la même que pour toutes les matières de cours; ils sont compris dans les mêmes catégories et participent aux mêmes classements.

En un mot, l'enseignement de la psychiâtrie est soumis aux règlements et aux lois ou décrets, qui régissent l'instruction supérieure du royaume.

Tout le reste de l'ouvrage du docteur Billod est consacré à la description individuelle des asiles publics de l'Italie passés en revue par provinces. Cette description, très détaillée, et dans laquelle nous ne pouvons suivre l'auteur, a trait à la situation, à la construction, à l'aménagement de l'asile, à la constitution et à l'énumération de son personnel administratif, médical et de malades, à l'alimentation, à l'hygiène, aux revenus, aux occupations, aux distractions, en un mot à toutes les questions administratives et hygiéniques relatives aux asiles.

La question médicale proprement dite est celle qui tient malheureusement dans l'ouvrage le moins de place. C'est là une lacune qu'il est permis de regretter, car une étude statistique générale des aliénés en Italie à l'heure actuelle nous eût permis d'apprécier la nature des formes les plus communes dans ce pays et leur fréquence par rapport à ce qu'elle était antérieurement et à ce qu'elle est encore dans d'autres pays, comme la France par exemple.

Tel qu'il est, l'ouvrage de M. Billod n'en est pas moins un livre des plus intéressants et utile à consulter pour se rendre un compte exact de l'état des établissements d'aliénés en Italie. Il sera surtout indispensable aux médecins qui désireraient visiter les asiles de la péninsule et qui trouveront dans le livre de M. Billod un véritable *guide* susceptible de les diriger dans leur excursion et de leur faciliter leur tâche.

Dr E. Régis.

FORMULAIRE

Potion au thymol.

(Lewin.)

Rec. Thymol	0,10	centigrammes.
Eau distillée	100	grammes.
Eau de fleurs d'oranger	50	—

M. s. a. A prendre une cuillerée à bouche trois ou quatre fois par jour dans les cas de dyspepsie avec fermentations anormales.

Solution au thymol pour lavages dans les cas de prurigo.

Rec. Thymol........	0,10 centigrammes.	
Glycérine........	10 grammes.	
Eau distillée......	100 —	

M. s. a.

Pommade au thymol pour onctions dans les cas d'herpès tonsurant.

Rec. Thymol..........	2 grammes.	
Chloroforme.......	8 —	
Huile d'olives.....	24 —	

M. s. a.

E. R.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE.

De la valeur thérapeutique de l'albuminate de fer en tant qu'emménagogue. — L'expérience clinique a démontré, depuis plusieurs années, la nécessité d'administrer l'albuminate de fer aux femmes atteintes d'affections utérines chroniques. A l'exemple de plusieurs de nos maîtres les plus autorisées des hôpitaux, nous l'employons nous-même dans les cas d'aménorrhée, ou de dysménorrhée et les bons résultats que nous en obtenons nous engagent à donner à cet agent martial une préférence exclusive toutes les fois qu'il y a irrégularité dans la période cataméniale.

Et pourtant, peut-on classer un ferrugineux dans les emménagogues proprement dits? Nous n'y insisterons pas.

L'agent thérapeutique. dit emménagogue suppose une action locale, « doué d'une propriété élective et spéciale sur l'utérus, ayant pour objet de provoquer et de régulariser le flux menstruel ».

De plus, si nous consultons les travaux scientifiques les plus récents, nous voyons que l'albuminate de fer est le plus souvent en question lorsqu'il s'agit de donner du fer aux femmes dont le flux ménorrhéique est défectueux; mais, bien entendu, si cet agent martial est préconisé à cause de ses bons et rapides effets, aucune action spéciale sur l'appareil ovarique ne saurait être mentionnée à son sujet.

On observe fréquemment chez de jeunes femmes, plus souvent encore chez des jeunes filles, des troubles de la menstruation caractérisés par des retards qui arrivent à se compter par des deux, trois, quatre mois, et quelquefois davantage. Ces malades accusent une sensation de froid au niveau de l'épigastre, des digestions lentes, un cerveau paresseux, de la chaleur au visage, de l'insomnie la nuit et de fréquents besoins de se livrer au sommeil dans la journée, de l'oppression, des palpitations. un alourdissement général, quelquefois des étourdissements, des tintements d'oreilles, etc.

Tous ces symptômes surviennent lorsque des retards dans l'apparition régulière des règles commencent à s'accentuer. Ils résultent de poussées congestives du côté de l'estomac, du cerveau, parfois du côté du cœur et des poumons.

Nous savons, dans ce cas, appliquer la thérapeutique symptomatique (sédatifs, laxatifs), et combattre la défibrination du sang et la cachexie fatalement consécutive par les toniques, par le fer. Cette médication bien appliquée, produit rapidement une modération dans la tendance congestive vers les organes d'en haut et une détente du côté de l'appareil utéro-ovarien.

Encore n'atteignons-nous que bien imparfaitement ce but si nous donnons trop de fer à nos malades, et surtout si nous sortons de deux ou trois préparations martiales bien indiquées.

Nous n'avons pas l'intention de passer en revue tous les matériaux dont est formé l'arsenal de la médication ferrugineuse. Il est acquis aujourd'hui que les sels solubles à combinaison organique sont de beaucoup les plus assimilables (1). Ici encore ne devons-nous accorder qu'une importance limitée à nombre d'entre elles.

(1) Gazette des hopitaux, 1877.

Disons-le tout de suite, nous ne sommes pas enthousiaste à l'égard du fer associé à quantité de substances plus ou moins compatibles, à de la viande, voire même à de ses dérivés, dont la proportion minime ne saurait avoir la prétention de transformer le fer en un reconstituant alimentaire.

Nous croyons que des effets si multiples réclamés d'un agent thérapeutique sont au moins illusoires, et qu'à la sagacité du praticien seule incombe le soin de choisir parmi les toniques ou adjuvants qu'il veut administrer concurremment avec le fer. Au surplus, ne savons-nous pas tous aujourd'hui que le meilleur reconstituant est la viande digérée artificiellement, autrement dit la peptone; et surtout la peptone *phosphatée*, à laquelle viennent s'ajouter les propriétés stimulantes du phosphate de chaux, ainsi que l'ont démontré les expériences de M. Bayard?

En résumé, et pour en revenir à notre sujet, le fer ne saurait être classé parmi les emménagogues; mais nous estimons que, par l'administration d'un ferrugineux approprié, on obtient d'excellents résultats dans la plupart des affections utérines et comme régularisateur de la menstruation, surtout si nous le faisons prendre à faible dose (1), en évitant d'ingérer dans l'estomac toute quantité inutile dont la présence seulement irritante et excitante, ne saurait qu'amener la congestion de l'organe ou des organes primitivement malades à l'état aigu.

Dans ces cas surtout, nous avons de préférence recours au fer albuminé :

L'albuminate tout élaboré étant la combinaison ultime que subit le fer pour passer dans le sang, ce qui le rend précieux dans toutes les anémies symptomatiques.

Grâce à l'association de l'albuminate de fer au sirop d'écorces d'oranges (*liqueur de Laprade*), nous avons une préparation agréable pour le malade, facilement assimilable (2), dont chaque cuillerée à bouche n'excède pas 0 gr. 05 de métal par cuillerée de véhicule et qui devient en quelque sorte un fer gynécologique sur les bons effets duquel on est toujours en droit de compter.

(Union médicale) Dr A. Blondel.

NOTES & INFORMATIONS

Choléra

Marseille. — Le Bulletin officiel de l'état civil de Marseille donne les renseignements suivants sur la mortalité pendant le dernier septenaire :

Du 28 au	29 août,	mortalité totale	24	Décès cholériques	5
29 —	30	—	—	32	—	15
30 —	31	—	—	29	—	9
31 août	1er septembre		—	31	—	9
1er sept.	2	—	—	21	—	5
2 —	3	—	—	27	—	3
3 —	4	—	—	28	—	3

D'après le relevé mensuel, il y a eu, durant le mois d'août, 388 décès cholériques à Marseille, et 1,626 victimes depuis le commencement de l'épidémie.

— Dans tous les départements français envahis par le choléra, l'épidémie est en décroissance.

— **Le choléra en Italie.** — Par contre, les ravages du choléra en Italie prennent des proportions inquiétantes. Une dépêche de Naples, datée du 4 septembre, annonce qu'en l'espace de douze

(1) Doit-on donner le fer à haute dose? (Union médicale, 1880.)
(2) Etude expérimentale sur l'albuminate de fer. (Laprade, 1882.)

heures on a compté dans cette ville 65 nouveaux cas de choléra et 25 décès.

Voici le bulletin sanitaire officiel pour la journée du 3 septembre, publié à Rome :

Bulletin sanitaire officiel de la journée d'hier. — Province d'Aquila, 1 cas; province de Bergame, 18 cas, 7 décès; province de Bologne, 1 cas, 1 décès; province de Campobasso, 4 cas; province de Caserte, 3 cas; province de Cunco, 27 cas, dont 5 à Busca, 15 décès; province de Gênes, 30 cas, dont 27 à la Spezzia, 8 décès, dont 7 à la Spezzia; province de Massa, 7 cas, 3 décès.

Le pape a envoyé 10,000 francs aux cholériques de Naples.

En vertu d'une ordonnance ministérielle, les bâtiments partis depuis le 1er septembre des ports espagnols de la Méditerranée seront soumis, à leur arrivée en Italie, aux mêmes mesures de précaution que les navires provenant des ports français.

L'introduction des chiffons provenant d'Espagne est interdite.

A Naples, 89 cas, 49 décès; dans la province, 2 cas, 1 décès.

Province de Parme, 4 cas, 3 décès; province de Reggio d'Emilia, 2 cas.

A Rivoli, province de Turin, 3 cas, 2 décès.

— ESPAGNE. — Le choléra a fait son apparition en Espagne dans le courant de cette semaine. On signale des décès cholériques à Alicante, Novella, Elche.

***

CONSEIL MUNICIPAL. — Dans une de ses dernières séances, le Conseil municipal a voté l'installation d'étuves à désinfection dans les hôpitaux suivants qui jusqu'à présent en étaient dépourvus : Hôtel-Dieu, Pitié, Charité, Cochin, Beaujon, Lariboisière, Mariniers, Clinique d'accouchements.

— CONGRÈS D'HYGIÈNE. — La première section du congrès d'hygiène a adopté les conclusions de M. Vallier, portant que les phthisiques avancés ne doivent pas habiter la même chambre que d'autres personnes. Les chambres doivent être nettoyées et désinfectées au moyen de vapeurs d'eau à 100 degrés.

Sur la proposition de M. Brouardel, on a nommé une commission chargée de colliger les documents législatifs des différents pays relatifs aux falsifications des denrées alimentaires.

Ces renseignements recueillis, M. Brouardel pense qu'on pourra provoquer une conférence internationale pour établir à ce sujet une convention entre les différentes nations.

Le prochain congrès sera probablement tenu à Vienne.

— SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TEMPÉRANCE (reconnue d'utilité publique). — *Programme des prix et récompenses à décerner en 1885.* — Le conseil d'administration de la Société, dans sa séance du 1er juillet 1884, a décidé :

1° Que tous les travaux se rapportant à la tempérance et aux boissons alcooliques envisagées sous le rapport soit de leur composition, soit de leur action sur l'économie, seraient adressés au concours;

2° Que des récompenses pourraient être accordées aux travaux imprimés aussi bien qu'aux manuscrits envoyés à la Société.

La Société ne met au concours aucune question spéciale, mais elle appelle particulièrement l'attention des concurrents sur les questions suivantes :

De l'alcoolisme héréditaire;

Mesures qu'il convient de prendre à l'égard des ivrognes d'habitude;

Etudier sur un point déterminé du territoire français (commune, canton ou département) l'influence de la loi du 17 juillet 1880, d'un côté sur le nombre des débits de boissons, et de l'autre sur le chiffre des condamnations pour ivresse publique, des morts accidentelles déterminées par les excès de boisson, des folies et des suicides de cause alcoolique.

Une somme de 2,000 francs sera répartie entre les auteurs des mémoires couronnés.

Les ouvrages ou mémoires devront être remis au secrétariat général de l'œuvre, rue de l'Université, 6, avant le 1er janvier de l'année 1885.

Conformément aux dispositions de l'article 2 de ses statuts, la Société décernera en outre, dans sa séance solennelle de mars 1885, des récompenses aux instituteurs, chefs d'atelier, contremaîtres, ouvriers ou autres personnes qui lui seront signalées pour leur active propagande en faveur de la tempérance.

R. F. D.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de M. le docteur Pestel (de Saint-Chartier); — de M. le docteur Joubert (de Gréoulx); — de M. le docteur Delfan (d'Estagel), victime du choléra; — de M. le docteur Emile Blanc (de Lyon).

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Un concours pour une place de chef de clinique médicale s'ouvrira à la Faculté de médecine le jeudi 6 novembre 1884, à huit heures et demie du matin.

Sont admis à concourir les docteurs en médecine français, non pourvus du titre d'agrégé, et les étudiants ayant subi les cinq premiers examens de doctorat, à la condition d'être docteurs dans les six mois.

Un traitement annuel de 1,200 francs est attaché à ces fonctions.

Les épreuves consisteront : 1° En une composition écrite sur un sujet de pathologie interne, avec les considérations d'anatomie et de physiologie qui s'y rapportent; cinq heures sont accordées pour la rédaction; 2° en épreuves cliniques : examen de deux malades (quinze minutes seront accordées pour l'examen de chaque malade); leçon orale, d'une demi-heure au plus, sur les deux malades examinés, après un quart d'heure de préparation; 3° une épreuve d'anatomie et d'histologie pathologiques.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine trois jours avant l'ouverture du concours. Ils auront à produire un acte de naissance dûment légalisé, le diplôme de docteur en médecine ou un certificat constatant qu'ils ont subi les cinq examens pour le doctorat.

***

ENSEIGNEMENT LIBRE. — *Cours complet d'accouchements.* — M. Verrier, préparateur à la Faculté, commencera ce cours le lundi 15 septembre prochain, à quatre heures, 129, rue Saint-Honoré, près la rue du Louvre. Les leçons auront lieu tous les jours à la même heure, le jeudi excepté. Le cours sera terminé pour la rentrée en novembre.

Exercices pratiques avec le nouveau fautôme et le nouveau forceps.

On s'inscrit 129, rue Saint-Honoré, de 1 heure à 3 heures.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Le concours public pour la nomination à trois places de médecin au bureau central* d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le mercredi 15 octobre 1884, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu. MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 15 septembre 1884 et sera clos le 1er octobre 1884, à trois heures.

BUREAU DE BIENFAISANCE. — Le directeur de l'Assistance publique informe MM. les médecins du deuxième arrondissement que le mardi 16 septembre 1884 il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin.

HOSPICES CIVILS DE MARSEILLE. — Le lundi 10 novembre 1884, à trois heures, un concours sera ouvert à l'Hôtel-Dieu pour une place de médecin-adjoint des hôpitaux. Les candidats devront avoir deux années de pratique comme docteur de l'une des Facultés de France, être âgés de vingt-sept ans au moins, de nationalité française ou en mesure de justifier de leur naturalisation.

Les deux années de pratique comme docteur ne sont pas exigées des anciens élèves internes dans les hôpitaux des villes où siège une Faculté, ni des élèves internes des hôpitaux de Marseille; ces derniers pourront en conséquence concourir dès qu'ils seront munis de leur diplôme de docteur.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 22 AU JEUDI 30 AOUT 1884.

Fièvre typhoïde 33. — Varinle 0. — Rougeole 26. — Scarlatine 3. — Coqueluche 6. — Dipthérie, croup 24. — Dysentérie 1. — Erysipèle 5. — Infections puerpérales 1. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 50. — Phthisie pulmonaire 187. — Autres tuberculoses 17. — Autres affections générales 71. — Malformation et débilité des âges extrêmes 38. — Bronchite aiguë 1. — Pneumonie 37. — Athrepsie gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 103, — au sein et mixte 63. — Inconnu 20. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 70. — de l'appareil circulatoire 50. — de l'appareil respiratoire 49. — de l'appareil digestif 56 — de l'appareil génito-urinaire 16. — de la péau et du tissu lamineux 6. — des os, articulations et muscles 2. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 1. — Epuisement 0. — Causes non définies 2. — Morts violentes 33. — Causes non classées 7. — Total de la semaine: 987 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

LE CHOLÉRA DANS LA BASSE-EGYPTE EN 1883, relation d'une exploration médicale dans le Delta du Nil pendant l'épidémie cholérique, avec carte explicative, par le docteur Dutrieux-Bey, médecin de divisiou à l'hôpital du gouvernement à Alexandrie, 1 vol. in-8 de 275 pages sur papier teinté. — Prix : 5 fr. — A la librairie O. Berthier, 104, boulevard Saint-Germain, Paris.

CATALOGUE GÉNÉRAL DES LIVRES ANCIENS ET MODERNES, FRANÇAIS ET ÉTRANGERS DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE, DE PHARMACIE, DE L'ART VÉTÉRINAIRE ET DES SCIENCES QUI S'Y RAPPORTENT, un volume in-8 de XVI-448 pages. — Prix: 2 fr. — Envoi franco par la poste en province contre 2 fr. 25. — A l'étranger contre 2 fr. 50 en timbres-poste ou en mandats postaux.

Ce catalogue, qui constitue une véritable bibliographie des sciences médicales par les indications nombreuses et précises qu'il renferme, renseigne sur le lieu, la date de publication, le nombre des pages et des planches de chaque ouvrage ; il indique le prix courant en librairie, des livres anciens et modernes, français et étrangers ; il est indispensable à tout médecin qui désire se tenir au courant de la littérature ; il rendra de grands services aux bibliothécaires et aux amateurs.

MM. J.-B. Baillière et fils adressent un exemplaire de ce volume de 460 pages à toute personne qui leur enverra : 2 francs pour Paris, 2 fr. 25 pour les départements et 2 fr. 50 pour l'étranger.

Le prix du catalogue est remboursé par déduction sur la première demande d'au moins 20 francs, qui est adressée directement à MM. J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuile, près du boulevard Saint-Germain, à Paris.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

CLINIQUE MÉDICALE

DES LOCALISATIONS MÉNINGÉES ET ENCÉPHALIQUES DES AFFECTIONS CATARRHALES, par le Dr RAYMOND, médecin de l'hospice des Incurables.

Les manifestations nerveuses des affections catarrhales ont été signalées par tous les auteurs. Le sentiment de lassitude, d'abattement, de prostration des premiers jours; l'affaiblissement général; la céphalalgie, parfois extrêmement violente; les douleurs vives le long du rachis, au cou, dans l'abdomen; les perversions de la sensibilité générale ou des sensibilités spéciales : olfaction, goût, audition, etc., tous ces symptômes ont été notés dans le cours des grippes saisonnières, et plus particulièrement dans la grippe épidémique. On a même admis une *grippe encéphalique*, à côté des grippes que l'on appelait, suivant la prédominance des symptômes : grippe thoracique, abdominale, etc. Ces différentes appellations ont surtout été établies cliniquement. L'anatomie pathologique de ces affections, en tant qu'elle concerne les lésions pulmonaires, a été bien étudiée. Mais les lésions encéphaliques, méningées et cérébrales, ont été quelque peu laissées dans l'ombre. On a vu, dans certains cas de grippes, l'état congestif des méninges et de la substance grise; on a signalé l'existence d'inflammations méningées, d'inflammations cérébrales; mais il n'a pas été fourni d'autopsies probantes. Ayant eu l'occasion d'observer des affections catarrhales, avec manifestations encéphaliques, nous croyons devoir attirer l'attention sur ces faits.

Obs. I. — L... (Jacques), soixante-quinze ans, ancien valet de chambre, entré à l'infirmerie des Incurables le 18 octobre 1882.

Renseignements. — Cet homme est entré à l'hospice des Incurables d'Ivry le 27 juillet 1881.

Son grand âge fut seul la cause de son admission à l'hôpital, car jusqu'au 25 août 1882 il n'avait jamais été malade.

Placé dans une salle de valides, on l'a, en raison de son bon état de santé, immédiatement employé à la buanderie.

Le 25 août 1882, premier séjour à l'infirmerie pour une légère bronchite. Il sort guéri trois jours après.

Le 15 octobre, vers dix heures du soir, après avoir eu froid dans la journée, L... fut pris, étant couché, de violents frissons avec claquement de dents. Le lendemain, il n'y avait plus trace de cet orage Il se leva et alla à ses occupations ordinaires.

Le 16 octobre, exactement à la même heure que la veille, nouveaux frissons. L'interne de garde, appelé dans la salle, constate l'état fébrile; malheureusement, à cette heure de la nuit, il ne prit pas la température. La période de froid dura environ une demi-heure; puis survint une chaleur sèche, suivie, au bout de cinquante minutes, de sueurs abondantes

Le 17 au matin, léger état gastrique. Le malade étant déjà constipé depuis plusieurs jours, je fais donner 15 grammes d'eau-de-vie allemande. L'après-midi de ce jour, L... se lève, quoique très fatigué, très courbatu. Il n'a ni fièvre, ni étourdissements, ni maux de tête. Il se plaint seulement de souffrir un peu dans le côté gauche, et il attribue cette douleur à son séjour de quelques heures au lit, séjour qui ne lui était pas habituel. De plus, le malade a du coryza; les conjonctives sont rouges, injectées; toux sèche, quinteuse, assez fréquente. Expectoration presque nulle; quelques crachats aérés, mousseux. En définitive, ce qui domine, c'est l'état de faiblesse, d'anéantissement; une douleur intercostale le gêne également beaucoup. Pour toutes ces raisons, le malade est admis à l'infirmerie.

État actuel. — Le 18 octobre, à la visite du matin, sans que le malade se soit plaint, sans qu'on *se soit aperçu de rien* dans le courant de la nuit, on le trouve dans un état semi-comateux. On peut encore, en l'excitant fortement, le tirer de sa somnolence. Il comprend quand on lui parle fort, et il remue bras et jambes si on l'en prie. Aucune paralysie des membres. Rien à noter ni du côté de la face, ni du côté des paupières et des yeux. Pupilles normales, se contractant sous l'influence de la lumière. Pas de déviation de la langue, d'ailleurs facilement projetée au dehors. Sensibilité intacte. Réflexes cutanés, réflexes tendineux, normaux.

Point de contractures, ni de trépidation spinale. Pendant l'examen, L... (Jacques) semble impatienté, se retourne de lui-même dans son lit de droite à gauche et de gauche à droite. Tous les mouvements sont exécutés lentement, mais, somme toute, avec précision.

T. A., 37°,5. — P., 78 pulsations. Pas d'albumine dans les urines. L'examen détaillé de tous les organes ne fait rien découvrir d'anormal, si ce n'est *des râles sous-crépitants abondants aux bases des deux poumons et en arrière*; mais il n'y a point de matité, à peine une légère submatité.

Le 19, au matin, même état. Le malade meurt à midi.

AUTOPSIE. — *Cavité crânienne.* Lorsque l'encéphale est mis à découvert, la dure-mère étant incisée, on constate que le tissu cellulaire sous-arachnoïdien et la pie-mère sont baignés par une nappe de matière d'aspect purulent.

A la face inférieure du cerveau, tout l'espace qui s'étend longitudinalement depuis le chiasma des nerfs optiques jusqu'à la face inférieure du bulbe, et latéralement du bord externe du lobe droit au bord externe du lobe gauche, est couvert de cette matière purulente. On verra plus loin pourquoi je me sers de cette expression. La pie-mère est infiltrée, épaissie; en quelques points, le pus, verdâtre, comme coagulé, donne bien à cette membrane deux centimètres d'épaisseur. Le long de la faux du cerveau, sur toute la face supérieure du corps calleux, même abondance de pus. Les

deux scissures sylviennes sont également tapissées par celui-ci. On en trouve également sur la presque totalité des faces latérales du cerveau, comblant ainsi les intervalles laissés par les circonvolutions entre elles.

Il importe de noter que nulle part, dans aucune région, il n'y a trace de fausses membranes; l'exsudat est verdâtre, semi-liquide; il boursoufle la pie-mère, en l'épaississant.

L'examen histologique montre que l'exsudat est formé de nombreux leucocytes extravasés; le tissu pie-mérien lui-même ne paraît pas avoir participé à l'inflammation; ses éléments constituants sont simplement distendus par le liquide purulent.

La pie-mère se détache partout *très facilement* de la surface externe des circonvolutions cérébrales. Celles-ci sont saines et au microscope on ne constate pas d'altérations. Cavité arachnoïdienne normale. Liquide séreux dans les ventricules; il est un peu plus abondant que dans l'état ordinaire. Les coupes méthodiques de l'encéphale montrent que le tissu de ses parties constituantes est sain.

Cavité rachidienne. — Rien de particulier à noter.

Cavité thoracique. — Les deux lobes inférieurs de chaque poumon sont congestionnés. Sur la coupe, il s'écoule une assez grande quantité de sang noirâtre. Pas de noyaux de broncho-pneumonie; pas de tubercules. Léger état emphysémateux des sommets de chacun de ces organes. Plèvres normales.

Le *cœur*, dans ses diverses parties constituantes, a son aspect physiologique. L'*aorte* est dilatée; la dilatation, toutefois, ne dépasse pas celle que l'on observe fréquemment à cet âge. Quelques plaques athéromateuses, somme toute, peu nombreuses.

Cavité abdominale. — Rien de particulier à noter, ni du côté du péritoine et du tube digestif, ni du côté des organes génitaux.

En revanche, le *foie* est manifestement congestionné. Sur les coupes, les deux colorations de la substance propre, jaune et rouge brunâtre, sont fortement accentuées. Il s'écoule, même par une pression légère, du sang en abondance.

La rate est plus volumineuse que normalement. Elle pèse près de 900 grammes; son tissu est ramolli, diffluent, et se déchire avec la plus grande facilité. Quelques plaques de périsplénite anciennes.

Les deux reins, également augmentés de volume, sont fortement congestionnés.

— Le fait dominant, dans les détails de l'autopsie que nous venons de rapporter, est certainement celui qui concerne les lésions méningées; celles-ci sont considérables lorsqu'on les compare à celles des autres organes. Des quantités considérables de pus, sans fausses membranes, infiltrent les mailles de la pie-mère et entourent tout l'encéphale. La lésion méningée est bien la lésion principale, celle qui a tué le malade. A quelle catégorie appartient la pie-mérite? S'agit-il, dans l'espèce, d'une méningite suppurée idiopathique? ou bien la méningite est-elle l'expression symptomatique d'une autre affection plus générale? Telle est, ce me semble, la double question à résoudre.

An premier abord, on peut penser, lorsque l'on ne prend en considération que la cause occasionnelle apparente, le refroidissement, que la méningite est primitive et qu'elle a été causé d'emblée par le froid. Le froid, dans toute constitution médicale, saisonnière ou autre, n'est et ne peut être, il ne faut pas l'oublier, qu'une cause occasionnelle, mettant en jeu, après son action plus ou moins prolongée sur l'économie, les forces réactionnelles de l'organisme par un procédé dont le mode pathogénique est encore et sera encore longtemps discuté.

Pourtant, en allant au fond des choses, en serrant de près l'analyse des détails de l'observation, on arrive à une conclusion opposée. En effet : 1° la maladie s'est principalement caractérisée par des *frissons périodiques*, avec une *rémission insolite* dans la méningite idiopathique. Ces frissons ont été suivis d'une période réactionnelle de chaleur, puis de sueurs.

2° Déjà, du vivant du malade, il était facile d'établir la multiplicité des symptômes, surtout en notant les phénomènes pulmonaires, les névralgies, etc. Or l'autopsie montre des congestions multiples : pulmonaires, rénales, hépatiques, etc.

3° Enfin il n'est pas jusqu'à la rapidité de la suppuration qui ne doive entrer en ligne de compte. Le pus a été formé en très grande abondance et sans fausses membranes; à coup sûr, il a presque complétement été fourni par les vaisseaux, parce que la pie-mère elle-même n'est pour ainsi dire point enflammée. C'est un pus non seulement abondant, mais encore très liquide.

Je crois, pour toutes ces raisons, que, dans l'espèce, il faut considérer la lésion méningée comme la localisation d'une maladie générale.

Or, quelle est cette maladie générale? Il ne peut être ici question, ni d'une fièvre typhoïde, ni d'une fièvre éruptive quelconque; l'âge du malade, l'évolution de la maladie le démontrent suffisamment. Faut-il, à cause des frissons périodiques, songer à la fièvre intermittente? Rien n'y autorise; l'ensemble symptomatique et le mode de terminaison plaident contre cette supposition. Nous avons montré déjà que l'affection méningée était prédominante; on ne peut raisonnablement la considérer comme complication de la congestion pulmonaire, mais bien, au contraire, comme simultanée. Donc il existait chez notre malade une autre affection, ou plutôt une maladie générale, en dehors de celles spécifiées plus haut, tenant sous sa dépendance la lésion méningée. Si l'on prend en considération la marche périodique des symptômes, la multiplicité des localisations, en particulier les congestions pulmonaires, rénales, etc., je crois qu'il n'y a pas d'hésitation possible, et l'on est amené à conclure que la maladie générale, dans le cas particulier, était une affection catarrhale.

En même temps, en effet, que nous observions cette maladie chez le nommé L..., nous avions dans les salles d'autres grippes et d'autres affections catarrhales concomittantes. La plupart de ces cas d'influenza, chez mes vieillards, se terminaient par des catarrhes pulmonaires purulents, rapidement mortels. Donc la constitution médicale régnante, quelle que soit l'idée que l'on puisse se faire de ce fait d'observation, était bien celle engendrant de semblables affections.

Les travaux les plus récents sur la grippe tendent à faire rentrer celle-ci dans le cadre des maladies générales infectieuses. Cette idée déjà ancienne, soutenue autrefois, avec talent, par Landouzy, de Reims, semble bien se confirmer par les recherches modernes. Récemment, à la Faculté de Paris, M. le docteur Chauveau, dans sa thèse inaugurale (1884), apportait des arguments sérieux. Il montrait que, dans presque tous les cas de grippe, on trouvait une augmentation manifeste du volume de la rate, comme dans la fièvre typhoïde. Cette augmentation a été constatée, à l'autopsie, chez notre malade. Quoi qu'il en soit, il faut rappeler ici que la doctrine des *affections catarrhales*, telle qu'elle a été établie par mon savant maître, M. le docteur Marrotte, rendait parfaitement compte, au point de vue clinique comme au point de vue pathogénique, de l'évolution des phénomènes, de leur valeur, de leur signification. Les affections catarrhales sont des affections aiguës, à marche périodique, à *localisations multiples*,

pulmonaires ou autres, essentiellement *congestives* ; elles s'accompagnent ordinairement d'une sécrétion, à cause des déterminations habituelles sur les muqueuses. Mais lorsqu'elles siègent sur un parenchyme ou sur une membrane séreuse, elles peuvent donner lieu à une exsudation à la place d'une sécrétion, chaque tissu engendrant un produit différant suivant son organisation ; c'est là ce qui explique leurs manières d'être diverses, suivant qu'elles se localisent sur les bronches, les poumons, les plèvres ou les intestins, etc.

Il y a eu pendant longtemps un préjugé, celui de croire que les affections générales et les affections catarrhales en particulier ne pouvaient atteindre le cerveau. Notre observation vient directement à l'encontre de cette manière de voir. D'ailleurs n'observe-t-on pas des méningites, des encéphalites dans le cours de certaines pneumonies, de la fièvre typhoïde, du rhumatisme articulaire aigu, de l'état puerpéral, etc. ? pourquoi en serait-il autrement dans les affections catarrhales ? Il n'est pas douteux pour nous que souvent les affections catarrhales sont à manifestations encéphaliques. Fréquemment, l'état congestif ne dépasse pas cette limite, et ne va pas jusqu'à l'inflammation et la suppuration, comme chez notre vieillard (il y avait du reste, dans le cas particulier, toutes espèces de raisons pour que la suppuration se produisît : vieillesse ; nourriture insuffisante ; affaiblissement ; humidité, etc.).

Lors de ces poussées congestives cérébrales, deux cas, en dehors de ceux dont nous venons de parler, peuvent se présenter. Ou bien l'état hypérémique se produit sur un cerveau sain, ou bien il se produit sur un cerveau déjà lésé ou par une hémorrhagie ancienne ou par un ramollissement, etc. Dans le premier cas, tout peut rentrer dans l'ordre, surtout si le traitement est appliqué à temps ; mais il peut se faire que la congestion catarrhale soit le point de départ d'une lésion permanente, d'une encéphalite, par exemple. Dans le second cas, la lésion, très généralement, est aggravée ou pour un temps ou définitivement, suivant les conditions de l'hypérémie.

Nous reproduisons ici, en l'abrégeant, l'observation qui a permis à M. le docteur Marrotte d'établir cette doctrine : la *localisation des affections catarrhales sur l'encéphale*.

Obs. II. — Homme de quarante-cinq ans, vigoureux, bien portant d'habitude. Pas d'impaludisme. Ayant été mouillé dans la journée et exposé au froid, il est pris à cinq heures du soir d'un violent frisson, suivi d'une chaleur très intense.

Au moment de l'examen : fièvre très forte ; pouls plein, vibrant, rapide ; peau sèche, chaude.

Congestion du visage ; injection des yeux, céphalalgie violente. En outre, déviation de la face à gauche ; embarras de la parole ; paralysie assez prononcée du bras droit, moins marquée au membre inférieur. Etat de somnolence dont on tire le malade avec peine ; subdelirium.

Sangsues à la base du crâne ; calomel.

A cinq heures du matin, le lendemain, crise de sueurs très abondantes. Dans la matinée, légère détente de l'état cérébral.

Le soir de ce même jour, nouveaux frissons violents, puis fièvre vive. Pendant ce temps, les phénomènes cérébraux sont plus accentués. Le lendemain matin, vers cinq heures, nouveaux frissons.

On donne un gramme de sulfate de quinine.

Le soir, l'accès fébrile est avorté, et, en outre, on constate une amélioration très sensible des symptômes cérébraux.

On continue le sulfate de quinine.

A partir de ce jour, l'état général redevient très bon ; absence totale de mouvements fébriles.

Parallèlement, l'état local diminue peu à peu.

Pourtant, pendant longtemps et même encore aujourd'hui (plus de vingt ans après), il persiste un léger degré de déviation des traits de la face.

— Dans le cas particulier, le diagnostic porté par M. Marrotte avait été : fièvre catarrhale avec encéphalite aiguë consécutive. Sous l'influence du traitement approprié (emploi du sulfate de quinine), la fièvre catarrhale avait rapidement disparu ; mais elle laissa, de sa manifestation cérébrale, une trace, l'encéphalite qui, vraisemblablement, s'est traduite par une destruction plus ou moins étendue de la substance nerveuse. Il me paraît impossible d'interpréter ce cas autrement que ne l'a fait M. Marrotte. Pour les raisons que j'ai énumérées plus haut, il s'est bien agi d'une fièvre catarrhale à détermination cérébrale ; d'ailleurs le diagnostic a été fait par un médecin qui a admirablement décrit ces affections dans toutes leurs diverses variétés.

De même que, comme nous venons de le voir, les affections catarrhales peuvent se localiser dans le cerveau, en y déterminant ou non des lésions consécutives à cette localisation ; de même, elles peuvent survenir chez un malade déjà en puissance d'une affection chronique du cerveau. Dans de pareils cas, il est intéressant de rechercher l'influence de la poussée congestive sur la lésion existante. Nous avons observé, avec M. Marrotte, le cas suivant :

Obs. III. — M. X..., 67 ans, est arthritique atteint depuis plus de trente ans, une ou deux fois chaque année (au printemps et à l'automne), de manifestations fluxionnaires du côté des grandes articulations, manifestations durant de huit jours à deux mois. Depuis un an, ces phénomènes ne se produisent plus.

Il y a trois ans, après un vertige un peu prolongé, légère hémiplégie gauche ; hémiplégie motrice, plus prononcée au bras qu'à la jambe ; hémianesthésie du même côté, bien nette. Ces symptômes, avec le temps, s'amendèrent très sensiblement, et M. X... avait repris sa vie ordinaire.

Au mois de novembre dernier, en revenant de la campagne, M. X... resta exposé dans la gare de Poitiers, en attendant le train, à tous les vents. En arrivant à Paris, à six heures du soir, il est pris d'un violent frisson avec claquement de dents. Ce frisson dura trois quarts d'heure environ. Il fut suivi d'une chaleur sèche, très prononcée. Pouls plein, rapide ; 40 pulsations. Vers les quatre heures du matin, sueurs abondantes.

Ce jour, à 8 heures, nous voyons le malade, M. Marrotte et moi. Il est plongé dans une sorte d'*état comateux*, c'est à peine s'il nous reconnaît. Le visage est très rouge, les yeux congestionnés. Peau chaude, sèche. Pouls, 130. L'auscultation dénote aux deux bases des poumons, dans la moitié inférieure, l'existence de nombreux râles sous-crépitants à moyenne bulle. Légère submatité dans les mêmes régions ; pas d'expectoration. Rien d'anormal du côté du cœur, à part la rapidité des battements. Urine très rouge, peu abondante, sans albumine.

On donne : lavements purgatifs ; 40 centigrammes de sulfate de quinine, une potion avec 1 gramme d'ergotine ; cataplasmes sinapisés sur la poitrine. Le soir, à six heures, nouveau frisson, aussi intense et aussi prolongé que celui de la veille.

L'état comateux paraît plus accentué encore. La poitrine est remplie de râles. On ne peut tirer aucune parole du malade. En même temps, le bras gauche et la jambe du même côté, autrefois paralysés, semblent avoir perdu tout mouvement. Il est vrai que l'état comateux rend assez bien compte de cette particularité. Vers huit heures du soir, le malade paraît à toute extrémité : la dyspnée est très forte et la faiblesse est extrême. On donne : 60 centigrammes de sulfate de quinine ; même potion. La détente se fait vers les quatre heures du matin ; elle est marquée par une sueur abondante.

Le lendemain matin, lorsque nous voyons le malade, il est mieux ;

il peut répondre un peu aux questions qu'on lui adresse, mais il le fait en bégayant. Pouls, 110. Les râles de la poitrine diminuent. Même traitement.

Le soir de ce jour, il ne survient pas de frissons et la nuit est très bonne.

Les jours suivants, l'amélioration s'accentue et, peu à peu, le malade revient à la santé.

Au bout de quinze jours, la santé générale est bonne; mais il est facile de voir que l'hémiplégie (presque entièrement disparue avant cette dernière maladie) est nettement marquée. De plus, pendant de longs mois, le malade garde un affaissement cérébral des plus complets.

Faut-il ne voir, dans cette observation, qu'une simple congestion pulmonaire double *à frigore?* Nous ne le croyons pas; et tel a été l'avis de M. Marrotte, qui avait porté, à cause des frissons et de la marche périodique de l'affection, le diagnostic : *fièvre catarrhale, avec déterminations pulmonaires et cérébrales.*

Du reste, huit mois auparavant, M. X... avait eu une fièvre catarrhale, caractérisée par des frissons périodiques, une fièvre vive, des phénomènes cérébraux congestifs inquiétants. L'administration du sulfate de quinine, à la dose d'un gramme, amena très rapidement une détente des symptômes généraux et des symptômes encéphaliques; au troisième jour, il se produisit une amygdalite aiguë qui sembla juger la maladie.

Il était intéressant, du moins nous le croyons, d'appeler l'attention, de nouveau, sur ces poussées congestives chez des malades en puissance de lésions cérébrales chroniques et sur leurs conséquences. Il est bon également de faire remarquer la puissance d'action du sulfate de quinine contre les diverses localisations des affections catarrhales. Peut-être dans bien des circonstances, si le diagnostic était porté à temps, pourrait-on empêcher les conséquences de semblables localisations, surtout quand elles atteignent un organe d'une importance majeure pour la vie, comme le cerveau?

A propos de ma première observation, je veux répéter, après tous les auteurs qui se sont occupés de la pathologie des vieillards, que chez eux les maladies aiguës revêtent parfois des apparences tout à fait insolites, en dehors de la symptomatologie ordinaire. Il est assez commun, en clinique, de constater le fait suivant : un vieillard entre à l'infirmerie avec un léger état fébrile; l'examen le plus minutieux ne révèle autre chose que les signes d'un état gastrique. En face de ces symptômes, on porte un pronostic bénin, et le lendemain ou le surlendemain on est tout est étonné d'apprendre la mort du malade. A l'autopsie, on trouve soit une péritonite suppurée avec une proportion de pus tout à fait insolite, soit une bronchopneumonie double, soit une pie-mérite suppurée, etc. Pruss, Maclagan, Durand-Fardel, etc., ont fourni quelques observations concernant la méningite aiguë des vieillards. Maclagan a parfaitement constaté l'absence de céphalalgie, alors même que la méningite était purulente. Il a insisté également sur la rareté des vomissements; et, dans ses observations, il n'a pas noté de contractures ni de paralysies. Comme le fait remarquer M. le professeur Jaccoud : « La seule preuve de la phlegmasie méningée, dans ce cas, est tirée de l'injection, de la rougeur et de la suffusion sanguine des conjonctives et de l'augmentation de la température du cuir chevelu qui paraît à la main beaucoup plus chaud que normalement. » Il est juste de faire remarquer que parfois, chez les vieillards, ces signes sont bien trompeurs, et souvent le diagnostic ne peut être établi que par l'autopsie.

En manière de conclusion, nous dirons : le cerveau n'échappe pas, comme on a paru le croire un moment, aux localisations des maladies générales, des affections catarrhales en particulier, affections saisonnières ou épidémiques.

Les conditions étiologiques, les circonstances symptomatologiques, la nature du processus anatomo-pathologique, les résultats thérapeutiques, nous paraissent justifier notre manière de voir.

S'il en est ainsi, on comprend bien pourquoi le cerveau peut être le siége de lésions méconnues dans leur nature et à propos desquelles on peut commettre une faute thérapeutique funeste au malade.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

MYOME UTÉRIN A VOLUME VARIABLE, par P. DALCHÉ, interne des hôpitaux.

La nommée Bl..., Rachel, âgée de 50 ans, entre le 28 septembre 1883 salle Rostan, numéro 21, dans le service de M. Gouraud, à Saint-Antoine.

Cette malade, presque idiote, répond à peine aux questions posées et fournit difficilement quelques renseignements sur son état et ses antécédents. (Du reste, dans le service, elle a eu pendant la nuit deux attaques convulsives très probablement d'origine épileptique.)

Cependant nous parvenons à savoir qu'elle a eu plusieurs enfants et que depuis trois mois seulement elle a cessé de voir ses règles, jusque-là très régulières. Dès sa jeunesse, elle a eu des pertes blanches, mais jamais de métrorrhagies, jamais d'hydrorrhée.

Le 28 septembre, jour de son entrée, elle présente un ventre très volumineux, et l'on y trouve une tumeur à convexité supérieure, remplissant tout l'abdomen, s'étendant d'une part jusqu'à l'appendice xyphoïde et de l'autre plongeant dans le bassin. La sonorité que l'on constate au niveau de l'appendice xyphoïde et dans la région des flancs n'est nullement modifiée dans les diverses positions que prend la malade. La tumeur mate, un peu plus développée à gauche, offre un certain degré d'élasticité, mais on ne peut y trouver en aucun point de la fluctuation. Rien d'anormal à la surface de l'abdomen; pas de circulation complémentaire La palpation ne réveille aucune douleur.

Par le toucher vaginal, on trouve le cul-de-sac postérieur entièrement rempli par une tumeur fort large, de consistance analogue à la première. En glissant entre cette tumeur et la paroi antérieure, on finit par arriver difficilement sur une sorte de petit pertuis, c'est l'orifice du col extrêmement repoussé en haut; il est impossible de sentir autre chose.

Le toucher rectal ne donne en ce moment aucun renseignement particulier. Pas de souffrances, pas de signes de compression.

La malade nous explique alors à grand'peine que le début de son affection remonte à cinq ans; mais, dit-elle, le ventre n'est pas toujours comme nous le voyons. En temps ordinaire, il est beaucoup moins développé; au moment de la période cataméniale, il augmente singulièrement, devient tel qu'il se présente à nous, puis les règles s'établissent, le sang s'écoule; il diminue alors peu à peu et finit par reprendre son volume primitif. Ces trois derniers mois où elle n'a pas eu ses règles, la tumeur a subi son évolution à peu près à l'époque où elle aurait dû les avoir.

2 octobre. — En effet, quatre à cinq jours après, le ventre s'est affaissé. La tumeur n'arrive pas à l'ombilic; elle est beaucoup plus consistante, solide, surtout à gauche. Au toucher vaginal, la

tumeur du cul-de-sac postérieur paraît plus dure et le col utérin ne se trouve pas avec plus de facilité qu'auparavant.

On fait alors à gauche une ponction avec l'aspirateur de Potain; elle n'amène rien.

23 octobre — L'abdomen reste toujours à son minimum de développement, et voici ce que l'on constate aujourd'hui. En réalité, il paraît y avoir deux tumeurs qui ne sont pas très nettement séparées. Celle de gauche est proéminante, plus résistante, fait corps avec l'utérus et les mouvements qui lui sont imprimés sont parfaitement transmis au col; celle de droite est plus molle, mais à son sommet elle présente un point plus solide. La tumeur enclavée dans le petit bassin est absolument immobile et par le toucher rectal on ne peut en faire complètement le tour; il est probable qu'elle se prolonge latéralement le long du rectum.

On examine alors le malade avec le spéculum de Sims: tout au fond d'un cul-de-sac, on trouve le col presque réduit à un simple orifice. Une sonde molle introduite dans la cavité utérine ne peut pénétrer au delà de quatre centimètres.

10 novembre. — Le ventre, qui ces jours derniers s'était développé, a atteint aujourd'hui son maximum et se présente tel qu'il était le jour de l'entrée de la malade à l'hôpital. On ne sent plus deux tumeurs de consistance inégale, mais une seule, légèrement élastique non fluctuante remontant jusqu'à l'appendice xyphoïde.

19 novembre. — Le ventre a diminué de volume, mais la chute n'est pas complète. Après une diarrhée abondante, la malade a été prise d'une constipation absolue avec grandes douleurs abdominales. Douleurs spontanées et à la pression avec irradiation dans la cuisse gauche.

Cette nuit, il y a eu une débâcle et ce matin le calme est revenu.

22 novembre. — Les règles qui avaient disparu depuis deux mois sont revenues depuis deux jours et ont été bien constatées. La tumeur s'est considérablement affaissée; plus de douleurs.

2 décembre. — Grandes douleurs abdominales.

28 décembre. — L'état de l'abdomen est toujours le même, et le 31 décembre nous perdons la malade de vue.

Cette malade est entrée à l'hôpital au moment de sa ménopause et l'état de sa menstruation, suspendue d'abord, puis se montrant d'une façon tout à fait irrégulière, ne nous a pas permis de vérifier absolument ce qui nous était affirmé : le développement exagéré du ventre quelques jours avant les règles et sa chute graduelle dès leur apparition. Cependant, à deux reprises différentes, nous avons constaté une semblable évolution et la seconde fois la venue des règles se montrant après une disparition de trois mois a coïncidé avec un affaissement complet de la tumeur. Aussi sommes-nous disposé à admettre ce que nous a dit la malade, et si les faits ne se sont pas absolument passés tels qu'elle les annonçait, c'est à cause de l'irrégularité de sa menstruation à l'époque de la ménopause.

Le diagnostic, on le conçoit, n'a pas été posé tout d'abord; le premier jour, on pouvait penser à un kyste de l'ovaire, mais il a fallu bientôt abandonner cette idée en voyant le prétendu kyste diminuer singulièrement et tomber de l'appendice xyphoïde bien au-dessous de l'ombilic. A ce moment, la forme de la tumeur, sa consistance, ses connexions intimes avec l'utérus firent diagnostiquer un fibro-myôme.

Les myômes, sous diverses influences, grossesse, etc., sont susceptibles d'augmenter et d'entrer en régression, mais il est rare de voir leur volume subir de pareilles variations.

Sous le nom de myômes hydropiques, M. Worms a décrit des tumeurs qui pourraient présenter quelque analogie avec celle de notre malade. Ce sont des myômes intra-utérins accompagnés d'une hydropisie née des parois mêmes de l'utérus; cette collection liquide masque à certains moments la tumeur solide, de là des alternatives de fluctuation et de résistance. A la période cataméniale, la tumeur peut grossir beaucoup. Sous l'influence de la pression directe on de son propre poids, le liquide séreux, à peine coloré, peut s'écouler en abondance par le vagin et être projeté assez violemment par des contractions utérines.

Mais notre malade n'a jamais eu d'hydrorrhée; jamais nous n'avons pu trouver chez elle la moindre fluctuation. Une ponction n'a amené aucun liquide, et enfin l'introduction d'une sonde molle par l'orifice du col n'a rien fait constater d'anormal dans la cavité utérine; aussi l'hypothèse d'un myôme hydropique a-t-elle été abandonnée.

Cruveilhier, décrivant l'œdème des corps fibreux, dit: « Il se produit quelquefois d'une manière tellement rapide, que le volume de la tumeur peut doubler en quelques jours, et qu'à une dureté extrême succède une mollesse fluctuante qui peut en imposer pour une collection de liquide. » Plus loin, il ajoute : « J'ai souvent vu prendre au lit des malades des corps fibreux ramollis pour des kystes de l'ovaire. »

Virchow (*Pathologie des tumeurs*) décrit des myômes télangiectasiques ou caverneux présentant un phénomène particulier et très remarquable qui a beaucoup préoccupé les gynécologues : « La tumeur présente à divers intervalles des changements de volume et de consistance; elle grossit et se distend considérablement pendant des heures, des jours et des semaines, pour revenir ensuite en peu de temps sur-elle-même et donner à la palpation une sensation toute différente. » Kiwisch, cité par le même auteur, a souvent observé de pareilles variations du volume de la matrice à l'époque de la menstruation ou avant une hémorrhagie.

Ces myômes sont extrêmement riches en tissu vasculaire; Virchow les compare à un tissu finement poreux, semblable à celui des corps caverneux du pénis, et Cruveilhier dit qu'il serait tenté de donner le nom de tumeurs fibreuses sanguines et même celui de tumeurs érectiles à des fibromes utérins dont le réseau vasculaire est très développé. Cet état caverneux peut s'étendre dans toute la tumeur ou n'en occuper qu'une partie, ce qui arrive le plus fréquemment. Avec une pareille texture, on le conçoit facilement, les corps fibreux doivent subir des modifications profondes dans leur volume et leur consistance sous l'influence d'un afflux sanguin momentané, produit par les règles, la grossesse, etc.

Repoussant toute hypothèse de liquide exsudé dans des fentes, des espaces, Virchow reconnaît pour *seules causes* de ces augmentations et diminutions la réplétion variable des vaisseaux et la contraction du tissu.

La tumeur abdominale de notre malade nous a paru pouvoir être rapprochée de ces myômes télangiectasiques ou caverneux.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Pathologie du rein et des voies urinaires.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

IX. Néphrite consécutive a la varicelle, par le professeur Henoch (1). — X. Néphrite consécutive a la varicelle, par

(1) Berliner klin. Wochenschrift, 1884, n° 2.

M. G. W. RACHEL (1). — XI. DES ALTÉRATIONS DE L'ENDOTHÉLIUM DANS LES CAS DE NÉPHRITE AIGUË, par le docteur NAUWERK (2). — XII. CONTRIBUTION AU TRAITEMENT DE LA NÉPHRITE AIGUË, par le docteur AUFRECHT (3). — XIII. DE LA NÉPHRITE AIGUË AVEC ANURIE PERSISTANTE, par le docteur THORN (4). — XIV. ANURIE DE DIX-HUIT JOURS DE DURÉE, par M. ORLOWSKI (5). — XV. ANURIE DE DOUZE JOURS DE DURÉE, par M. PERKAHL (6). — XVI. QUELQUES REMARQUES SUR LA PATHOLOGIE ET LE TRAITEMENT DE L'ECTOPIE RÉNALE, par le docteur LINDNER (7). — INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.

IX. M. E. HENOCH donne la relation concise de quatre cas de varicelle compliqués de néphrite. Les symptômes de cette complication (œdème et albuminurie) se sont montrés de 8 à 14 jours après le début de la varicelle, marqué par une fièvre intense. Dane trois de ces cas, les accidents néphrétiques se sont dissipés à la suite d'un traitement par les diaphorétiques (bains de vapeur) et les diurétiques (acétate de potasse, eau de Bilin). Le quatrième cas s'est terminé par la mort. Il concerne un enfant de deux ans qui a été affecté de la varicelle et de la néphrite consécutive en plein traitement mercuriel nécessité par des accidents syphilitiques secondaires. La mort a été la conséquence d'un œdème des poumons. A l'autopsie, on a trouvé, en même temps que les lésions d'une néphrite parenchymateuse, une hypertrophie avec dilatation du ventricule gauche, ce qui confirme les assertions de Friedlænder touchant la coexistence fréquente de l'hypertrophie cardiaque et de la néphrite aiguë.

X. A l'occasion de la note de M. Henoch, Rachel publie l'observation d'un enfant de six mois chez lequel, au cinquième jour d'une varicelle, la diurèse subit une diminution marquée. Le huitième jour, les mains, les pieds et la face se mirent à gonfler. L'urine était albumineuse. Au bout de deux jours, ces manifestations se dissipèrent, sauf l'albuminurie dont il restait encore des traces.

XI. Après avoir démontré par des citations empruntées à différents anatomo-pathologistes qu'on n'a pas jusqu'ici fourni la preuve d'une prolifération de l'endothélium vasculaire dans les cas de glomérulite aiguë, M. NAUWERK rapporte un fait clinique qui paraît combler cette lacune. Le fait est relatif à un jeune homme de 22 ans, qui dans le cours d'une diphtérie laryngo-pharyngée présenta des signes d'une néphrite aiguë. Les urines, moins abondantes qu'à l'état physiologique (400-800 c. c.), renfermaient une grande quantité d'albumine ; dans les sédiments, on découvrait une masse de cylindres hyalins et granuleux, de dimensions très variables, recouverts de débris d'épithélium et de globules rouges altérés ; pas d'œdème. Le neuvième jour après le début de l'albuminurie, le malade vint en proie à des accès d'urémie, qui l'emportèrent en quelques heures. Les principales altérations histologiques constatées dans les reins consistaient « en une desquamation de l'épithélium des glomerules et en une lésion très diffuse des éléments spécifiques des vaisseaux, lésion qui atteignait principalement l'endothélium des corpuscules de Malpighi, mais aussi, dans une moindre mesure, les capillaires intertubulaires du labyrinthe et quelques artérioles ; avec cette prolifération de l'endothélium marchait de front une dégénérescence des noyaux anciens et nouvellement formés. Déjà, à l'œil nu, les glomérules apparaissaient augmentés de volume, gorgés de sang, conséquence de l'altération inflammatoire des vaisseaux. Les résultats de l'examen histologique sont contraires à l'hypothèse d'une oblitération des capillaires des glomérules soit par un épaississement de la paroi de ces canaux, soit par une accumulation d'éléments cellulaires, soit par un thrombus ». Pour les détails de l'examen histologique, nous renvoyons à l'original. M. Nauwerk est d'avis que le ralentissement du cours du sang, occasionné par la prolifération de l'endothélium, suffit pour donner naissance aux accidents de la néphrite aiguë et pour engendrer une urémie mortelle.

XII. Le traitement préconisé par M. AUFRECHT contre la néphrite parenchymateuse aiguë se résume dans les points suivants : s'abstenir des diurétiques et des diaphorétiques, recourir à une médication indifférente, telle que l'administration du bicarbonate de soude, de l'eau d'amandes amères ; séjour au lit jusqu'à ce que toute trace d'albuminurie ait disparu ; enfin et surtout alimentation pauvre en principes azotés ; pendant la première semaine et, si la chose est possible, pendant la seconde semaine, alimentation exclusive par les panades, le café (avec ou sans lait), le pain additionné de beurre ; vers la fin de la seconde semaine seulement, le malade est mis au lait ; plus tard encore on tolère le bouillon, et peu à peu on le laisse revenir au régime mixte. M. Aufrecht, d'accord en cela avec M. Senator, est d'avis que les pertes en albumine, dans les cas de néphrite aiguë, doivent moins préoccuper le médecin que l'irritation résultant pour l'épithélium rénal du contact des principes excrémentitiels provenant de la désassimilation des substances alimentaires riches en azote. A l'appui de ses vues, M. Aufrecht rapporte l'observation d'un garçon de huit ans qui, dans le décours d'une angine diphtéritique, fut pris de vomissements et d'albuminurie avec diminution considérable de la sécrétion urinaire. L'enfant se plaignait en outre de maux de tête et de douleurs dans la région des lombes, qui était très sensible à la pression. Puis, pendant quatre-vingts heures, le malade ne rendit pas une goutte d'urine. On lui fit prendre de la morphine ; les vomissements cessèrent et l'enfant dormit un peu. La soif était très vive, l'appétit nul, la fièvre modérée. La face et le pourtour des malléoles étaient légèrement œdématiés. Enfin, après cette longue période d'anurie, l'enfant rendit de nouveau un peu d'urine mélangée de sang et qui se prenait en masse quand on la chauffait après addition d'acide azotique. Le lendemain, le malade urina un peu toutes les deux heures; les vomissements diminuaient. Il survint un saignement de nez, assez abondant pour nécessiter le tamponnement au perchlorure de fer. Les jours suivants, les vomissements cessèrent, l'appétit se releva, les urines devinrent de plus en plus abondantes. Dans le cours de la troisième semaine, il se fit une desquamation aux mains ; au commencement de la quatrième semaine, disparition de l'albuminurie, et bientôt le malade put être considéré comme guéri.

M. Aufrecht incline à croire que chez ce malade l'emploi des diurétiques, loin d'être utile, aurait eu des conséquences fâcheuses. Il n'a pas pu trouver dans la littérature médicale un seul exemple de néphrite aiguë où, après une si longue

(1) THE ARCHIV OF PEDIATRICS, avril, 1884.
(2) DEOT. MEDIC. WOCHENSCHRIFT, 1884, nos 10 et 11.
(3) BERLINER KLIN. WOCHENSCHRIFT, 1883, no 51.
(4) IBIDEM, 1884, no 21.
(5) CENTRALBLATT FÜR CHIRURGIE, 1884, no 3.
(6) Ibidem.
(7) DEUT. MEDIC. WOCHENSCHRIFT, 1884, no 15.

durée de l'anurie, la guérison a été obtenue à la faveur des diurétiques.

XIII. Cette lacune, M. THORN est venu la combler, en publiant, comme réponse à l'article de M. Aufrecht, le fait suivant : un garçon de neuf ans a été retenu au lit du 2 au 9 décembre, à la suite d'un refroidissement. Du 9 au 12, l'enfant était retourné à l'école. Il a été impossible de se renseigner sur la maladie qui avait nécessité cet alitement de quelques jours. Il n'y avait à cette époque, dans la petite localité habitée par la famille de l'enfant, ni scarlatine, ni diphthérie, ni aucune autre maladie infectieuse. C'est le 16 décembre que le médecin vit pour la première fois le petit malade. Celui-ci avait la face et surtout les paupières fortement œdématiées ; le pourtour des malléoles était également infiltré. Accélération de la respiration et du pouls (130); température axillaire, 39°,5. Epanchement pleural des deux côtés. Pas de liquide dans le péricarde ; pas d'ascite. L'enfant se plaignait de maux de tête ; il avait vomi à plusieurs reprises. Le médecin ayant demandé à ce qu'on lui présentât de l'urine du petit malade, il fut répondu que celui-ci n'en avait plus rendu depuis le 13 au soir. Dans le courant des dernières quarante-huit heures, l'enfant avait eu des épreintes vésicales, sans toutefois expulser une goutte d'urine. En le cathétérisant, le médecin réussit à retirer 5 grammes au plus d'une urine d'un rouge foncé, qui contenait une grande quantité de sang et d'albumine.

Le médecin considéra que la première indication à remplir était de parer aux dangers d'une intoxication urinémique, et que, pour la remplir, il y avait lieu de recourir aux diaphorétiques et aux diurétiques. Tous les jours, bain chaud (40°) de cinq minutes de durée ; dix minutes après, injection sous-cutanée de chlorhydrate de pilocarpine (0,005) ; boissons diurétiques et limonade. Le 17 au matin, l'enfant rendait environ 40 grammes d'une urine foncée très sanguinolente. Le traitement fut continué pendant huit jours : les urines coulèrent de plus en plus abondamment, pour atteindre le chiffre normal au bout de la première semaine ; à ce moment, elles renfermaient encore une notable proportion d'albumine. Par contre, les épanchements pleuraux et les œdèmes superficiels s'étaient complètement dissipés. Le traitement fut modifié dès lors ; le malade fut mis à l'usage de la décoction de feuilles d'uva ursi. Dans les quinze jours qui suivirent, le sang disparut complètement des urines, et l'albuminurie se réduisit à des proportions minimes. En fait d'aliments, le malade avait pris pendant les huit premiers jours du lait, du pain blanc en petites quantités ; il y fut ajouté ensuite du bouillon et des œufs.

XIV. Un homme de 45 ans était depuis quelques années en proie à des troubles urinaires. Son urine laissait souvent déposer du sable. Le 5 février de l'année passée, il fut pris d'épreintes vésicales, sans pouvoir rendre une seule goutte d'urine. Par le cathétérisme, M. ORLOWSKI put se convaincre que le malade avait la vessie contractée et entièrement vide d'urine. Le ventre était ballonné, la région des reins était extrêmement douloureuse. Le malade se plaignait de maux de tête et ne pouvait dormir. Le neuvième jour, il eut de violents vomissements, et il répandait une odeur fortement ammoniacale. La vessie était toujours vide d'urine. On pratiqua une saignée, mais à peine le sang coulait-il, que le malade eut des convulsions avec perte de connaissance. Aussi on arrêta immédiatement la saignée. Au sixième jour, le malade a eu des évacuations diarrhéiques et des convulsions. Le lendemain il rendait 30 grammes d'une urine trouble, et à peu près autant le surlendemain. Ce même jour il succombait dans le collapsus.

Le professeur Nencki a fait l'analyse du sang de ce malade et il y a trouvé 0,54 0/0 d'urée ; les matières vomies renfermaient également une notable proportion de cette substance. L'urine rendue pendant les deux jours qui ont précédé la mort avait une composition sensiblement normale. A l'ouverture du cadavre, les deux bassinets étaient distendus par une urine trouble, celui du côté droit plus que celui du côté gauche. L'uretère droit était oblitéré par deux calculs : l'un du volume d'un pois siégeant à 7 centimètres de l'orifice supérieur du conduit ; l'autre, un peu plus petit, enclavé dans l'orifice vésical. L'uretère gauche était également obstrué par un calcul du volume d'une noix. Les reins examinés au microscope étaient le siège d'une infiltration interstitielle et de petits dépôts d'acide urique ayant la forme d'aiguilles brunes.

M. Orlowski est d'avis qu'en pareilles circonstances le médecin en est réduit à faire de la médication symptomatique, sans grand résultat. La compression élastique des membres inférieurs, proposée par Reliquet et destinée à élever la pression vasculaire dans les reins, est inefficace, mais non inoffensive, au dire de M. Orlowski.

XV. Le malade dont M. PERKAHL publie l'observation était depuis plusieurs années sujet aux coliques néphrétiques. Son urine était souvent trouble et chargée de sable. Le 15 février 1878, le malade a eu un accès de coliques qui a été calmé au moyen d'une injection de morphine ; il n'a pas eu de ténesme vésical et n'a pas rendu d'urine. M. Perkahl, consulté par le patient, constata, à l'aide de la sonde, que la vessie était vide. Le malade n'a pas rendu une goutte d'urine pendant les dix jours qui ont suivi, quoique quotidiennement il ait été sondé. Il n'éprouvait pas de douleur, il était seulement en proie à une agitation très vive. Le onzième jour, des épreintes très vives ont abouti à l'expulsion d'une urine chargée de masses grisâtres, d'une odeur fortement ammoniacale. Le malade tomba dans la somnolence et le collapsus, il rendit le dernier soupir le lendemain, douzième jour. L'autopsie n'a pas pu avoir lieu. Néanmoins M. Perkahl est convaincu que chez son malade les deux uretères étaient obstrués par des calculs, et il se demande si dans des cas semblables il n'y a pas lieu de pratiquer la néphrectomie ou le cathétérisme des uretères.

XVI. M. LINDNER s'élève contre les prétentions de certains chirurgiens qui, à l'exemple de M. Keppler (1), représentent l'ectopie rénale comme impliquant un danger grave pour la vie du patient même en l'absence de toute complication, et qui abusent de l'intervention chirurgicale. M. Lindner, comme M. Landau (2), est d'avis que dans la plupart des cas on réussit à remédier aux inconvénients de la mobilité anormale des reins avec des moyens beaucoup moins radicaux que la néphrectomie, opération qui n'a pas jusqu'ici donné des résultats bien brillants. Toutefois dans cette voie de réserves il ne va pas aussi loin que M. Landau, lequel repousse systématiquement l'intervention chirurgicale pour tous les cas d'ectopie du rein. M. Lindner estime qu'une opération peut être indiquée dans les cas où la mobilité anormale du rein entraîne un danger plus ou moins imminent pour la vie du sujet.

(1) ARCHIV FÜR KLIN. CHIRURGIE, t. XXIII, fasc. 3, p. 520, 1879.
(2) LANDAU. *Le rein mobile chez la femme*, Berlin, 1881.

Parmi les complications de cet ordre, on a signalé l'ictère chronique, qu'on a attribué à une compression du canal cholédoque par le rein droit déplacé. Litten (CHARITE-ANNALEN, 1880, p. 193) a rapporté un fait susceptible de recevoir cette interprétation qui a été taxée d'inexactitude par M. Landan. Ce dernier, en se basant sur des considérations anatomiques, a soutenu qu'il était impossible au rein droit déplacé d'exercer sur le canal cholédoque une compression suffisante pour oblitérer ce conduit. M. Lindner cite un fait qu'il a eu l'occasion d'observer et qui vient à l'appui des vues de M. Landan. Il s'agit d'une femme de quarante et un ans, entrée à l'hôpital le 11 janvier de cette année. Cette femme était souffrante depuis le mois de septembre 1883. Elle éprouvait un grand abattement, elle était sujette à des accès vertigineux et elle avait la jaunisse. L'appétit était conservé, les selles régulières, un peu décolorées. Par moments, cette femme ressentait des malaises après les repas et elle rendait une partie de ce qu'elle avait mangé. Elle ne se plaignait pas de douleurs au creux épigastrique, ni même d'une sensation de pesanteur. Elle n'avait pas maigri d'une façon sensible. Le pouls était un peu ralenti, régulier. A la palpation de l'abdomen, on constatait dans l'hypochondre droit l'existence d'une tumeur mobile, du volume d'un œuf d'oie, indolente, dont la portion arrondie était recouverte par l'intestin. En exerçant une pression sur cette tumeur, on la faisait fuir en haut et en arrière. Mais une pression exercée en sens inversé, sur la région lombaire droite, ramenait la tumeur à sa première position. En la saisissant entre les deux doigts, on pouvait facilement l'entraîner à gauche, au delà de la ligne médiane. On diagnostiqua un rein mobile. Dans la suite, on put se convaincre que l'ictère augmentait quand la femme restait quelque temps debout sur son lit, et *vice versâ*. L'urine ne contenait pas d'albumine, mais de la matière colorante biliaire en assez grande quantité.

Comme la malade était encore assez jeune et bien conservée, M. Lindner se décida à lui faire une laparotomie exploratrice. La paroi abdominale fut incisée sur une longueur de 12 centimètres, parallèlement et à trois ou quatre travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes. On put se convaincre de l'exactitude du diagnostic. La vésicule biliaire n'était pas dilatée et ne renfermait pas une quantité excessive de bile. Les canaux excréteurs étaient parfaitement libres. Ni le rein droit déplacé ni son pédicule n'arrivaient près des canaux excréteurs de la bile, pendant qu'on imprimait à la glande rénale les déplacements les plus étendus. Sous la moindre pression du doigt, la glande regagnait son emplacement physiologique, sans toucher le foie. Il ne pouvait pas être question davantage d'une compression exercée sur le duodénum par le rein déplacé. Pendant l'attitude verticale, le rein droit s'enfonçait en arrière et en dedans, pour s'éloigner encore des canaux biliaires et du duodénum. Ces organes eussent donc dû être comprimés davantage par le rein dans le décubitus horizontal, et l'observation de la malade démontrait que l'ictère diminuait quand la femme restait couchée sur le dos.

Dans cet état des choses, M. Lindner se borna à refermer la plaie. Chose surprenante, l'ictère, qui était encore très prononcé le lendemain de l'opération, diminua rapidement, et le cinquième jour il n'en subsistait plus que des traces à la figure, puis plus rien. La malade se leva bientôt, débarrassée de toutes ses incommodités, et la guérison s'est maintenue. Naturellement, si le rein avait été extirpé, on aurait mis cette guérison sur le compte de la néphrectomie.

C'est du reste l'argument qu'invoque M. Keppler : Les désordres qui résultent de l'ectopie rénale se dissipent après la néphrectomie; donc cette opération est justifiée. A quoi M. Lindner répond qu'une simple incision exploratrice peut aboutir au même résultat, comme le démontre l'observation qui précède, et il cite incidemment cet autre fait : Chez une dame de 45 ans, M. Lindner a pratiqué la laparotomie, en vue de procéder à l'extirpation de la vésicule biliaire pour remédier à de prétendues coliques hépatiques. Il se fit voir que la tumeur, qu'on avait prise pour la vésicule biliaire distendue, était formée en partie par le rein droit devenu très mobile et dont le bassinet renfermait plusieurs calculs. Dans la crainte que l'autre rein fut également malade, M. Lindner ne voulût pas se résoudre à la néphrectomie. Il referma la plaie. A partir de ce moment, les accidents dont souffrait la malade se dissipèrent d'une façon complète et définitive!

M. Lindner ajoute qu'à l'autopsie d'une femme morte d'une pneumonie et affectée d'une double ectopie rénale, il a pu se convaincre de l'impossibilité d'amener le rein mobile dans une position telle qu'il en résultât une compression du canal cholédoque. Cette compression peut s'exercer sur le duodénum, en un point situé à 2 ou 3 centimètres au-dessous de l'embouchure de ce canal, et il en peut résulter un obstacle sérieux, mais non infranchissable, à la progression des matières fécales. De là des troubles digestifs plus ou moins graves, et un catarrhe duodénal qui peut à la rigueur entraîner de l'ictère, lorsque le canal cholédoque vient à être obstrué par un bouchon de mucus.

Quant au résultat si heureux de la tentative faite chez la femme dont l'histoire a été relatée plus haut, M. Lindner l'attribue à ce que le rein, en contractant des adhérences cicatricielles, avait perdu une partie de sa mobilité.

Pour ce qui est de la néphrectomie, Lindner estime qu'elle doit être réservée aux cas où l'ectopie rénale condamne à l'inaction des personnes réduites à gagner leur vie par le travail, alors qu'on a des raisons positives de croire à l'intégrité de l'autre rein ; chez les personnes dont l'existence est peu fatigante et qui peuvent ménager leurs forces, on se contentera de fixer le rein en place, en provoquant des adhérences. M. Lindner doute que les guérisons ainsi obtenues soient durables.

E. RICKLIN.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.

H. BOLZ. — Contribution à l'histoire clinique de la néphrectomie. — *Dissertation inaugurale*. Dorpat, 1883. (Etude faite sous la direction du professeur Bergmann et basée sur l'analyse de 121 cas de néphrectomie.)

SPENCER WELLS. — Un cas d'extirpation d'un rein cancéreux. — Mort. (MED. CHIRURG. TRANSACTIONS. Londres, 1883, t. LXVI, p. 305.

JOHN THOMAS. — Néphrectomie pour l'ablation d'une tumeur (cancer ou sarcome) du rein. — Mort. (BOSTON MED. AND SURG. JOURNAL, 1884, janv., p. 73.

MANDACH. — Extirpation du rein gauche; deux ans plus tard, extirpation des deux ovaires et des trompes de Fallope, pour cause de tuberculisation de ces organes. — Survie. (CORRESPONDENZBLATT FÜR SCHWEIZER. AERZTE, 1884, nº 3.)

GILL WYLIE. — Extirpation d'un rein (tuberculeux). — Survie. (NEW-YORK MEDICAL RECORD, 1883, nº 24.)

J. ISRAEL. — Un cas de néphrectomie pour cause de pyonéphrose. — Mort. — Abcès périnéphrétique; abcès métastatiques dans les poumons. (BERLINER KLIN. WOCHENSCHRIFT, 1883, n° 45.)

ROBERT F. WEIR. — Fixation d'un rein mobile suivant le procédé de Hahn. — Guérison. (NEW-YORK MEDICAL GAZETTE, 1883, n° 24.)

J. MARSHALL. — Un cas d'hématome traumatique suppuré, en connexion avec le rein gauche. — Ouverture de la collection purulente. — Guérison. (MED. CHIRURG. TRANSACTIONS. Londres, 1883, t. LXVI, p. 311.)

É. R.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

MANUEL DES MALADIES MENTALES, par le docteur MARIE BRA. — Ad. Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs. Paris, 1883.

Cet opuscule est le résumé très exact, trop exact peut-être, puisqu'il a déjà donné lieu dans la presse médicale à certaines réclamations, des ouvrages de M. Ball et de M. Luys sur les maladies mentales.

Pour faire œuvre vraiment utile, l'auteur eût dû, ce nous semble, faire suivre la partie théorique de son livre non de quelques pages sans importance, mais d'une seconde partie complète, consacrée à la solution des principales questions médicales et médico-légales qui peuvent se présenter au médecin dans le cours de sa pratique professionnelle.

Cette lacune est d'autant plus regrettable que le *Manuel* de M. Bra était destiné, dans la pensée de son auteur, à servir de *vade-mecum* aux étudiants et aux praticiens.

DE LA FOLIE A DOUBLE FORME, CIRCULAIRE, ALTERNE, par le docteur AMB.-E. MORDRET. — Paris, J.-B. Baillière et fils, 1883.

Nous avons analysé il y a quelque temps, dans la GAZETTE MÉDICALE, l'ouvrage de M. le docteur Ritti sur la folie à double forme, qui a obtenu le prix Falret à l'Académie. Le travail de M. Mordret sur le même sujet, dont nous allons rendre compte, a été également récompensé par l'Académie dans le même concours.

Les idées développées par M. Mordret dans le cours de son mémoire tant sur l'historique que sur la symptomatologie, la marche, la durée, le traitement de la folie à double forme, se rapprochent sur bien des points de celles de M. Ritti. Sur quelques-uns cependant M. Mordret a présenté certaines vues originales et personnelles.

Ainsi, dans la plupart des cas qu'il a pu observer, la phase d'excitation a été plus longue et plus marquée que la phase dépressive, ce qui semblerait indiquer qu'il en est ainsi d'habitude. Or, comme on le sait, c'est le contraire qui a lieu le plus ordinairement.

L'auteur est plus dans la vérité clinique lorsqu'il signale les courtes alternatives de dépression et d'agitation plus grande qu'on observe parfois au cours de l'une des périodes et qui sont comme des excerbations momentanées de l'état maniaque ou mélancolique.

Quant aux hallucinations sensorielles et générales très vives que M. Mordret dit exister dans la phase maniaque lorsqu'elle est intense, je ne crois pas que le fait soit absolument exact, attendu que les hallucinations sont très rares, pour ne pas dire exceptionnelles, dans la folie à double forme en général et principalement dans la phase maniaque : la manie, qu'elle qu'en soit la variété, ne s'accompagnant pas, en général, d'hallucinations.

En ce qui concerne l'intermittence ou intervalle lucide, l'auteur fait remarquer qu'il ne constitue pas toujours un véritable retour à l'état normal. Assez souvent cette intermittence tient le milieu entre l'excitation et la dépression, et même, chez un certain nombre de vieux circulaires, l'état normal n'existe plus; il est remplacé par un état intermédiaire, par une phase d'équilibre instable, de sorte que le malade ne s'arrêterait jamais, même un instant, à l'état véritablement physiologique.

L'explication pathogénique que donne M. Mordret de la folie à double forme est la suivante : le processus morbide relève d'une influence vaso-motrice; il est lié aux modifications que reçoit la circulation cérébrale et doit le plus souvent se traduire par une légère hyperhémie. Le travail de régression par lequel l'hyperhémie diminue et partant grâce auquel la manie guérit, dépasse facilement la juste limite à laquelle il devrait s'arrêter pour que l'état normal fût rétabli; réciproquement, le travail contraire qui se fait quand la mélancolie guérit peut aussi dépasser sa mesure. Dès qu'une première fois l'excitation a succédé à la dépression, ou bien que la dépression a succédé à l'excitation, le fait a tendance à se reproduire lorsqu'il survient une rechute; l'habitude se prend alors et la folie à double forme se trouve ainsi constituée; elle prendra aussi, selon les circonstances, les types circulaire ou alterne.

Voilà, pour M. Mordret, la raison pathogénique de la folie à double forme. Si l'explication ne nous satisfait pas, c'est qu'en vérité nous sommes bien difficiles. Cette hyperhémie qui, lorsqu'elle cède, dépasse la mesure pour faire succéder la mélancolie à la manie, qui s'arrête après complètement pour déterminer une intermittence, puis qui reprend pour dépasser à nouveau la mesure, et ainsi de suite pendant toute la durée de l'existence du malade, est bien certainement la meilleure et la plus complaisante des hyperhémies.

Je crois qu'il vaudrait mieux avouer tout franchement que la raison intime de la manie, de la mélancolie et de la folie à double forme qui est constituée par la succession régulière des deux premières, nous échappe entièrement, et qu'il doit se passer dans la trame cérébrale des phénomènes dynamiques absolument inconnus, qui déterminent ces modifications isolées ou successives de l'état mental.

On ne peut en vouloir, du reste, à M. Mordret d'avoir essayé d'expliquer par des changements dans la fonction circulatoire les phénomènes intimes de la folie à double forme.

D'ailleurs, si j'ai fait ressortir de préférence ici les quelques points qui me paraissent erronés ou hypothétiques dans l'ouvrage de M. Mordret, je me hâte de reconnaître que le côté clinique en est parfaitement traité et qu'il renferme notamment 35 observations personnelles pour la plupart pleines d'intérêt.

Dr E. RÉGIS.

FORMULAIRE

Solution pour injections intra-veineuses a la période algide du choléra.

(Hayem).

Rec. Eau	1000 grammes.	
Chlorure de sodium	5	—
Hydrate de sodium	5	—
Sulfate de soude	25	—

Dans le cas où on jugerait à propos d'injecter plus de un litre de liquide, M. Hayem conseille de diminuer la proportion de sulfate de soude, de façon à ne pas introduire plus de 30 grammes de ce sel dans le sang.

Cette solution est la même que celle que M. Hayem emploie depuis longtemps pour la numération des globules. Elle a l'avantage de conserver admirablement les éléments du sang.

E. R.

NOTES & INFORMATIONS

Choléra

Marseille. — Le Bulletin officiel de l'état civil de Marseille donne les renseignements suivants sur la mortalité pendant le dernier septenaire :

Du 4 au 5 sept.,	mortalité totale	25	Décès cholériques	5
5 — 6	—	26	—	5
6 — 7	—	28	—	4
7 — 8	—	28	—	2
8 — 9	—	25	—	2
9 — 10	—	17	—	2
10 — 11	—	31	—	2

— Toulon. — La situation continue à s'améliorer. Voici le relevé des malades en traitement dans les hôpitaux, à la date du 11 septembre :

Hôpital Bon-Rencontre. — 1 entrée, 10 malades en traitement.

Hôpital Saint-Mandrier. — 1 décès, 19 malades en traitement.

— L'épidémie est en décroissance dans les autres départements infestés, sauf dans le département des Pyrénées-Orientales.

— Italie. — Le choléra a fait des ravages effrayants dans la province de Naples, pendant le dernier septenaire. Voici les chiffres officiels publiés par les journaux d'Italie et qui concernent Naples et ses environs :

4 septembre	Nombre des cas de choléra signalés 142	Décès	55
5	—	175	— 98
6	—	235	— 96
7	—	353	— 116
8	—	651	— 285
9	—	783	— 370
10	—	985	— 488

Dans la province de Gênes, à la Spezzia, le nombre des victimes, beaucoup moins considérable, dénote néanmoins une assez grande intensité de l'épidémie.

— Espagne. — Le choléra est resté localisé à Alicante et ses environs (Novelda, Elche). Le plus fort chiffre de décès relevé jusqu'à ce jour est de 11 pour les vingt-quatre heures et pour l'ensemble des localités infestées.

M. le consul de France à Saint-Pétersbourg a fait connaître qu'il y avait un grand intérêt pour les capitaines de navires se rendant en Russie à se munir d'une patente de santé.

Il résulte d'une communication de M. le chargé d'affaires de Russie à Paris que tout voyageur russe ou étranger, venant de France ou d'Italie, devra présenter à la frontière de l'empire un certificat délivré par l'autorité du pays et visé par un consul russe constatant qu'il ne vient pas des localités atteintes par le choléra ou que trois semaines se sont écoulées depuis son séjour dans ces localités.

— Association française pour l'avancement des sciences. — L'Association française pour l'avancement des sciences, qui vient de tenir ses assises annuelles à Blois, a clos sa session le 11 septembre. Le prochain congrès se tiendra à Grenoble sous la présidence du professeur Verneuil. Nancy a été désigné comme le lieu où siégera le congrès en 1886.

Nos lecteurs trouveront dans le Compte rendu général des Académies une analyse détaillée des travaux de la section de médecine du congrès de Blois.

— Congrès. — Le prochain congrès international de médecine en 1887 se tiendra à Washington; le choix n'a pas été sans offrir des difficultés. L'Allemagne avait droit à un congrès.

« Si le congrès, a dit M. Virchow, veut aller à Berlin, la Société de médecine de cette ville est disposée à faire à tous les membres une réception digne d'elle et de lui. Nous ne ferons peut-être pas aussi bien que les médecins danois, qui ont rendu la tâche difficile, mais nous ferons de notre mieux et aussi cordialement que possible. Nous pensons donc qu'aucune nation ne refusera l'hospitalité que nous serons heureux de vous offrir. »

M. Trélat a fait une objection qui a fortement contribué à écarter cette proposition.

« Assurément, a-t-il dit, Berlin est un grand centre scientifique où se trouvent beaucoup d'hommes éminents. Nul doute que la réception ne soit digne des médecins qui l'auront préparée et de ceux qui l'accepteront. Mais, en dehors de ces confrères, hommes de science et de tact, n'ayant en vue que l'intérêt de notre profession, il y a une grande ville, une population qui n'est peut-être pas animée des mêmes sentiments, et on comprend que nous, médecins français, puissions craindre d'y trouver à chaque pas des choses qui nous rappellent nos récentes douleurs. »

— Crémation. — La Société pour la propagation de la crémation vient d'adresser à MM. les députés signataires de la proposition de loi sur la crémation facultative la lettre suivante :

Dans sa séance du 26 août 1884, le cinquième congrès international d'hygiène, qui s'est tenu à la Haye, a réitéré à l'unanimité le vœu solennellement émis à Genève, en septembre 1882, par le quatrième congrès international d'hygiène. Ce vœu est ainsi conçu :

« Le congrès, confirmant les vœux des précédents congrès internationaux, exprime de nouveau le vœu que tous les gouvernements, rendant hommage aux principes de liberté et se conformant aux lois de l'hygiène, fassent disparaître les obstacles législatifs qui, dans certains pays, s'opposent à la crémation facultative des cadavres. »

« Incidemment, il attire l'attention des gouvernements sur l'avantage de la crémation en cas de grave épidémie. »

— Ligue antivivisectionniste. — La troisième grande conférence publique de la ligue populaire contre l'abus de la vivisection aura lieu le dimanche 14 septembre, à huit heures du soir, au théâtre municipal d'Auxerre.

Questions traitées : La vivisection au point de vue moral et scientifique. — Résultats des expériences de M. Pasteur sur le charbon, sur la rage et sur le choléra. — Résultats des expériences de M. Paul Bert sur la pression barométrique. — Résultats des expériences faites sur la tête du décapité Campi.

— REMPLACEMENTS. — Un jeune médecin demande à faire un remplacement pendant les vacances. — S'adresser au bureau du journal.

R. F. D.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Bertin, maître de conférences, sous-directeur de l'Ecole normale, membre du conseil d'hygiène.

— Nous apprenons également avec regret la mort à Sainte-Marie-aux-Mines (Alsace), de M. le docteur Scheffel, médecin-major au 101e régiment d'infanterie, récemment nommé médecin en chef de l'hôpital militaire de Lille.

— On annonce aussi la mort de M. le docteur Vandeper (de Versailles); de M. le docteur Macvir, de Givet (Ardennes).

— Le docteur Davila, ancien chirurgien dans l'armée française, inspecteur général du service sanitaire de l'armée roumaine, vient de mourir le 7 septembre, à Bucharest.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Pendant les vacances, MM. les professeurs de clinique sont suppléés dans leurs chaires respectives par MM. les agrégés dont les noms suivent :

Hôtel-Dieu. — M. Debove, suppléant M. le professeur Sée; M. Humbert, suppléant M. le professeur Richet; M. Peyrot, suppléant M. le professeur Panas.

Charité. — M. Landouzy, suppléant M. le professeur Hardy; M. Bouilly, suppléant M. le professeur Trélat.

Necker. — M. Segond, suppléant M. le professeur Le Fort.

Pitié. — M. A. Robin, suppléant M. le professeur Jaccoud; M. Kirmisson, suppléant M. le professeur Verneuil.

Saint-Louis. — M. Quinquaud, suppléant M. le professeur Fournier.

Salpêtrière. — M. Hanot, suppléant M. le professeur Charcot.

Clinique d'accouchements. — M. Pinard, suppléant M. le professeur Pajot.

— M. Jubel-Rénoy, chef adjoint de clinique médicale, est délégué, du 1er août au 31 octobre 1884, dans les fonctions de chef de clinique médicale en remplacement de M. Brissaud, démissionnaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Un concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques s'ouvrira devant cette Faculté le 18 janvier 1885. Le registre d'inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

— Le certificat d'aptitude aux fonctions de bibliothécaire dans les bibliothèques universitaires vient d'être conféré à :

MM. Gordon, bibliothécaire de la Faculté de médecine de Montpellier; Icard, bibliothécaire de la Faculté de médecine de Lyon; Netter, bibliothécaire de la Faculté de médecine de Nancy, et Péry, bibliothécaire de la Faculté de médecine de Bordeaux, nommés antérieurement à l'arrêté ministériel du 23 août 1879.

***

ASSISTANCE PUBLIQUE. — Aux termes du règlement sur le service de santé, les étudiants en médecine qui désirent prendre part au concours pour les places d'externes sont tenus de produire, indépendamment des autres pièces exigées, un certificat de vaccine.

MM. les candidats sont prévenus qu'à l'avenir, et pour le concours qui doit s'ouvrir le 9 octobre prochain, cette pièce devra être remplacée par un certificat de vaccination dûment légalisé et portant une date récente.

***

MUSÉUM. — M. Mocquard, docteur en médecine et docteur ès sciences naturelles, est nommé aide-naturaliste près la chaire de zoologie, en remplacement de M. le docteur Sauvage, démissionnaire.

NOMINATION. — Par arrêté en date du 16 août 1884, M. Regnauld, membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de médecine, directeur de la pharmacie centrale des hôpitaux de Paris, a été nommé membre du comité consultatif d'hygiène publique de France.

***

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — Par décret en date du 3 septembre, M. Rédarès, médecin de 2e classe de la marine, démissionnaire, a été nommé à un emploi du même grade dans la réserve de l'armée de mer.

NOMINATIONS. — Par décret en date du 27 août 1884, sur la proposition du vice-amiral sénateur ministre de la marine et des colonies, sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur, savoir :

Au grade d'officier. — M. Thomas (Edouard-Félix), médecin en chef de la marine à l'hôpital principal de Toulon.

Au grade de chevalier. — MM. Guiol (Jean-Joseph), médecin de première classe de la marine à Toulon; Arnaud (Emmanuel-Jules), médecin de première classe à Toulon.

***

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés officiers d'Académie : MM. Heydenreich, professeur à la Faculté de médecine de Nancy; Charpentier, professeur à la Faculté de médecine de Nancy; Beauregard, agrégé près l'Ecole de pharmacie de Paris; Charles Tinel, professeur à l'Ecole de médecine de Rouen; Mollien, professeur à l'Ecole de médecine d'Amiens; Léon Harman, professeur à l'Ecole de médecine de Reims; le docteur Kelsch, médecin principal de seconde classe; Sambuc, pharmacien-professeur de la marine; Granjon, préparateur au Muséum; Maquenne, aide-naturaliste au Muséum; Suchard, préparateur de la chaire d'anatomie générale au Collège de France; Spitallier, médecin du collège de Grasse; Chalvet, médecin du collège de Saint-Marcellin; Monginot, médecin du collège de Lunéville; Mlle Victorine Benoît, docteur en médecine à Paris; le docteur Bourdet, à Sarzeau; le docteur Broussin, à Marly-le-Roi; le docteur Gustave Dertelle, maire de Lourches; le docteur Dreyfus-Brissac, à Paris; le docteur Louis Duval, à Epernay; le docteur Farny, maire de Rebais; le docteur François Firmin, médecin du lycée Charlemagne; Gastinel-Bey, professeur à l'Ecole de médecine du Caire; le docteur Grazais, à Guérande; le docteur Grovallet, à Saint-Brieuc; le docteur Guiraud, à Menton; le docteur Maréchal, conseiller général de l'Aisne; le docteur Marfan, conseiller général de l'Aude; le docteur Pomier, conseiller général des Basses-Pyrénées; le docteur Rousselot, à Saint-Dié; le docteur Jules Socquet, préparateur au laboratoire de toxicologie; le docteur Brazier, à Paris; le docteur Gaucher, à Ain-Temonchent; le docteur de Lavarenne, à Bagnères-de-Luchon; le docteur Trapenard, à Paris; le docteur Vazeille, à Issy; le docteur Calmels, à Carmaux; le docteur Théophile David, à Paris; Londé, directeur du laboratoire de chimie à la Salpêtrière; Armand Cazaux, directeur du MONDE THERMAL.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1884

112. M. Noury. De la peptonurie. — 113. M Denis. L'acide phénique dans le traitement des affections oculaires à forme sécrétante. — 114. M. Dagonet. Etude sur quelques points de la méningo-myélite expérimentale. — 115. M. Bertrand. Des tumeurs solides du médiastin. — 116. M. Reissein. Traitement préventif

des lymphangites et des abcès du sein pendant l'allaitement. — 117. Mlle Lowry (Agnès). De certains accidents de croissance. Des ostéomyélites (fièvres de croissance). — 118. Mlle Lowry (Isabel). Des hémorrhagies intestinales dans la fièvre typhoïde. — 119. M. Quesneville. Nouvelles méthodes pour la détermination des éléments du lait et de ses falsifications. — 120. M. Urueta. Recherches anatomo-pathologiques sur l'action du venin des serpents.

Décès notifiés au bureau municipal de statistique de la ville de Paris du vendredi 29 au jeudi 4 septembre 1884.

Fièvre typhoïde 32. — Variole 0. — Rougeole 18. — Scarlatine 3. — Coqueluche 7. — Diphtérie, croup 27. — Dysentérie 3. — Erysipèle 5. — Infections puerpérales 5. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 46. — Phthisie pulmonaire 175. — Autres tuberculoses 19. — Autres affections générales 59. — Malformation et débilité des âges extrêmes 40. — Bronchite aiguë 11. — Pneumonie 34. — Athrepsie gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 72, — au sein et mixte 53. — Inconnu 14. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 80. — de l'appareil circulatoire 56. — de l'appareil respiratoire 56. — de l'appareil digestif 62 — de l'appareil génito-urinaire 21. — de la peau et du tissu lamineux 1. — des os, articulations et muscles 5. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 1. — Epuisement 0. — Causes non définies 2. — Morts violentes 24. — Causes non classées 4. — Total de la semaine : 932 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Traité clinique des maladies de l'enfance, par le docteur Cadet de Gassicourt, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie. Tome III et dernier : Diphthérie, affections cérébrales. 1 vol. gr. in-8 de 600 pages avec 40 tracés. — ~~Prix : 12 fr. L'ouvrage est maintenant terminé.~~ Prix des 3 vol. : 36 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Etudes médicales du professeur Lasègue. 2 vol. in-8 de pres de 2.000 pages. — Prix : 25 fr. — Paris, Asselin et Cie, libraires de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine.

Médecine et thérapeutique rationnelles, par le docteur Henri Coiffier, du Puy (membre de la Société internationale des électriciens). Paris, 1884. 1 vol. in-18 de 482 pages avec figures. — Prix : 6 fr. 50. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Guide de thérapeutique aux eaux minérales et aux bains de mer, par le docteur Ch. Campardon avec une préface du docteur Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine, etc. 1 vol. in-18 cartonné diamant — Prix : 5 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odeon.

Les maladies chroniques de la gorge et de la voix, hygiène et traitement, par le docteur Farges. Un vol. in-8. — Prix : 2 fr. — Librairie Félix Alcan, successeur de Germer-Baillière et Cie, 108, boulevard Saint-Germain, Paris.

Etude sur la méningite tuberculeuse de l'adulte, les formes anormales en particulier, par André Chantemesse. Un vol, in-8 de 184 pages avec une planche hors texte. — Prix : 3 fr. 50. — Le Progrès médical, 14, rue des Carmes, Paris.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.



55e année. 7e série. Tome Ier. N° 38 20 SEPTEMBRE 1884

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

CLINIQUE CHIRURGICALE

PLAIE DU POUMON. — HÉMO-PNEUMO-THORAX. — THORACENTÈSE. — PLEUROTOMIE. — Service de M. le professeur DUBRUEIL, à l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier.

Nous allons aujourd'hui, messieurs, nous occuper de ce jeune homme qui est entré dont nos salles avec une plaie pénétrante de poitrine.

C'est un garçon boucher, âgé de vingt-quatre ans et vigoureusement constitué. Je l'ai vu pour la première fois le 12 juillet. La veille au soir, vers onze heures, en voulant s'interposer entre deux individus sur le point d'en venir aux mains, il reçut d'un des adversaires un coup de couteau qui pénétra dans la région dorsale droite; il tomba immédiatement sur le sol dans un état voisin de la syncope.

Deux médecins appelés auprès de lui constatèrent que la blessure donnait issue à une certaine quantité de sang et qu'à chaque expiration elle laissait échapper de l'air. Ils lui donnèrent les soins propres à le ranimer et le firent porter à l'hôpital, où l'interne du service pratiqua l'occlusion de la plaie thoracique à l'aide de rondelles de linge collodionné.

Le matin, à la visite, ce qui me frappa quand je m'approchai du malade, ce fut la dyspnée à laquelle il était en proie. Le nombre des respirations n'était pas moindre de 56 par minute.

J'enlevai le linge collodioné qui recouvrait la plaie dont les bords demeurèrent exactement accolés, et je constatai qu'elle était oblique en bas et en dehors et correspondait au sixième espace intercostal, dont elle occupait toute la hauteur. Elle siégeait à 6 centimètres de la ligne des apophyses épineuses. Tout autour de la plaie, il y avait de l'emphysème sous-cutané; cet emphysème s'arrêtait en arrière sur la ligne médiane; en haut il s'étendait jusqu'à la hauteur de l'épine scapulaire, en bas jusqu'au voisinage de la crête iliaque. En avant, l'emphysème cessait vers la partie moyenne des côtes, sauf à la partie supérieure où il s'était propagé en avant. Le grand pectoral droit était plus saillant que celui du côté opposé, et en percutant à ce niveau on obtenait un son tympanique.

Avant de recouvrir la plaie de rondelles collodionées, j'exerçai tout autour des pressions convergentes, afin de chasser, au moins en partie, l'air infiltré dans le tissu cellulaire sous-cutané. J'en fis ainsi sortir une quantité assez considérable, et je rétablis l'occlusion.

L'auscultation ne me permit d'entendre le murmure vésiculaire en aucun point du côté droit. A la percussion, on constatait un son tympanique en haut, dans une petite étendue, et de la matité dans tout le reste de la hauteur. Nulle part, les vibrations n'étaient perceptibles.

Je prescrivis une potion stimulante pour relever les forces du blessé qui était encore en état de shock.

Le lendemain, je le trouvai beaucoup plus ranimé, mais la dyspnée était la même et la matité avait augmenté. Je prescrivis une potion à la codéine.

Les jours suivants, l'état du blessé allait en empirant, malgré l'application de ventouses scarifiées, d'un vésicatoire et l'administration d'une infusion de jaborandi. Le 18 juillet, la température s'était élevée à 39° et la gêne respiratoire était extrême.

Le 19, après en avoir conféré avec M. Kiener, je pratiquai la thoracentèse. L'opération fut faite avec l'appareil de Potain et donna issue à 1225 grammes de sang liquide, qui ne présentait aucun signe de putréfaction. La cavité pleurale fut lavée à plusieurs reprises avec une solution d'acide borique à 3 0/0.

La thoracentèse produisit un soulagement immédiat. Dans la journée de l'opération, la température ne dépassa pas 38°, et le lendemain elle ne s'éleva pas au-dessus de 38°,2. Mais cette amélioration ne fut pas de longue durée. Le 21 juillet, le thermomètre placé dans l'aisselle marquait 39°,8. Le malade avait la plus grande peine à respirer; la demi-circonférence droite du thorax, prise au niveau de l'appendice xiphoïde, mesurait deux centimètres de plus qu'à gauche. La matité avait encore augmenté. En percutant au-dessous de la clavicule sur une pièce de monnaie appliquée contre la paroi thoracique, on percevait en arrière le bruit d'airain d'une façon très nette.

Je résolus de recourir à la pleurotomie, et M. Combal, qui voulut bien examiner le malade avec moi, me confirma dans cette décision. L'opération fut faite le 22 juillet. Une incision de cinq ou six centimètres, pratiquée au niveau du sixième espace intercostal, donna issue à une grande quantité d'un liquide brunâtre, d'odeur fétide et renfermant un mélange de pus et de sang. Une notable partie du liquide fut perdue, ce qui ne permit pas de le mesurer exactement; mais je crois pouvoir affirmer qu'il en sortit bien plus que lors de la thoracentèse.

J'introduisis dans la plaie deux tubes en caoutchouc d'environ 1 centimètre de diamètre et je fis le lavage avec une solution d'acide borique à 3 0\0. La plaie fut recouverte d'un pansement à l'acide phénique.

Depuis ce moment, la plèvre a été lavée trois fois par jour, soit avec une solution borique, soit avec une émulsion d'aspic, soit avec une solution d'acide salycilique à 3 0\0. L'état du malade n'a pas tardé à s'améliorer; la fièvre est tombée, et depuis quelques jours ce jeune homme reste levé une partie de la journée. Il n'y a plus trace de l'emphysème, et la tumeur formée par la saillie du grand pectoral a disparu.

Pendant les premiers jours qui ont suivi l'opération, on percevait, en auscultant, du souffle amphorique et du tintement métallique. A présent, la sonorité à la percussion est en partie revenue. On entend le bruit respiratoire dans toute l'étendue du côté droit et les vibrations thoraciques sont très nettement perceptibles.

Le liquide injecté dans la plèvre entraîne en commençant une certaine quantité de pus, mais bientôt il ressort très clair. A deux reprises, nous avons vu ce liquide présenter à sa sortie une teinte rougeâtre et entraîner des fragments de fibrine. Cela tenait évidemment à la désagrégation d'un caillot formé dans la cavité pleurale.

Le 2 août, j'ai supprimé un des tubes, et aujourd'hui 8 j'ai remplacé le tube restant par un autre qui ne présente guère qu'un demi-centimètre de diamètre. Je vous ferai observer en passant que la quantité de liquide que l'on peut injecter dans la plèvre sans faire souffrir le malade est à présent bien inférieure à celle qu'il supportait au début. Sauf accident imprévu, la guérison me semble aujourd'hui assurée.

Ce fait me paraît prêter à quelques réflexions.

Il n'est pas douteux que le poumon ait été intéressé, et je n'ai pas, je suppose, besoin de passer en revue les symptômes qui établissent la lésion de ce viscère. Mais un signe qui a manqué au tableau des plaies pulmonaires, c'est le crachement de sang. Quand le poumon est blessé, le sang qui s'épanche au niveau de la blessure se fait jour non seulement du côté de la cavité pleurale et à l'extérieur, si la continuité de la paroi thoracique est interrompue, mais encore du côté des bronches, et il est rejeté par l'expectoration en quantité plus ou moins considérable, selon les cas. Le liquide est rutilant au début, il est plus tard rejeté sous forme de caillots de couleur plus foncée.

Ici, il ne s'est rien produit d'analogue. Le malade n'a certainement pas craché de sang depuis son entrée à l'hôpital, entrée qui a eu lieu une heure tout au plus après l'accident, et les personnes qui l'ont vu immédiatement après la blessure n'ont observé non plus aucune expectoration sanglante.

Un autre point sur lequel je désire appeler votre attention, c'est la coexistence avec l'emphysème sous-cutané d'un pneumo-thorax qui, il est vrai, a été fort limité. Vous connaissez la théorie de Richet relativement à la production de l'emphysème, théorie suivant laquelle il ne se produirait qu'autant qu'il y aurait des adhérences.

Notre malade avait-il des adhérences au moment de la blessure? Sans être absolument autorisé à les nier, il est tout au moins permis de douter de leur existence. Cet homme est jeune, vigoureux, et dans ses antécédents nous ne trouvons rien qui ressemble à une pleurésie.

Mais, en revanche, si nous ne pouvons, pour expliquer la production de l'emphysème, invoquer l'existence d'adhérences, il nous est facile de trouver une autre explication très plausible de l'infiltration gazeuse sous-cutanée dans le fait de l'occlusion de la plaie thoracique pratiquée à juste raison par l'interne du service. Cette occlusion s'opposant à l'issue à l'extérieur de l'air provenant de la plaie pulmonaire, cet air a dû s'épancher dans la plèvre et s'infiltrer dans le tissu cellulaire sous-cutané. Je vous rappellerai, en passant, qu'ainsi que l'ont démontré Hewson et Jobert, les bords des plaies pulmonaires s'infiltrent rapidement de sang coagulé qui les rend imperméables et les empêche ainsi de livrer passage aux gaz.

Je viens de vous dire que c'était avec raison que l'interne du service avait pratiqué l'occlusion de la plaie. Comme l'a dit Trousseau, le vrai moyen de mettre fin à une hémorrhagie provenant d'une plaie du poumon, c'est de fermer la plaie thoracique. On transforme, il est vrai, de cette façon une hémorrhagie externe en hémorrhagie interne, mais la compression exercée sur les vaisseaux du poumon par le sang épanché dans la plèvre met fin à l'écoulement sanguin, et on peut, jusqu'à un certain point, comparer l'occlusion de la plaie thoracique dans le cas de blessure du poumon au tamponnement vaginal que l'on met en usage pour arrêter les hémorrhagies utérines. S'il existe autour de la blessure des adhérences suffisantes pour former une sorte de sac peu étendu, l'hémorrhagie sera rapidement arrêtée; s'il n'y a pas d'adhérences, l'hémostase sera évidemment plus longue à se produire, mais elle finira toujours par arriver.

Trousseau, se fondant sur des expériences faites sur les chevaux en commun avec Leblanc, a insisté sur la rapidité de la coagulation du sang épanché dans la plèvre, rapidité qui ne tiendrait nullement à la composition du sang du cheval, car, exposé à l'air, il se coagule moins vite que le sang humain placé dans les mêmes conditions. Je suis très porté à croire que chez l'homme la coagulation n'est pas toujours aussi prompte, et, à l'appui de mon opinion, je citerai le fait suivant, consigné dans l'*Anatomie médico-chirurgicale* de Richet (2e édition, p. 58); il s'agit d'un blessé qui avait survécu 56 heures à l'accident et dont l'autopsie fut faite 30 heures après la mort. Le professeur Richet s'exprime ainsi: « Nous voyons le poumon baignant, par sa partie postérieure, dans du sang très fluide dont la quantité fut évaluée à 500 ou 600 gr. environ. »

En affirmant d'une façon absolue le précepte de l'occlusion de la plaie, je dois vous signaler les conséquences de cette occlusion. Si l'hémorrhagie s'arrête rapidement avant que l'épanchement pleural ait acquis de grandes proportions, tout se passera bien, au moins dans les premiers moments et même plus tard, à moins qu'il ne survienne une pleurésie qui acquière une grande intensité. Mais si l'hémorrhagie ne s'arrête qu'après avoir donné naissance à un épanchement considérable, il pourra se produire une dyspnée qui mettra rapidement en danger la vie du malade.

Il est bien entendu qu'avec l'occlusion on emploie les moyens hémostatiques, réfrigérants, perchlorure de fer à l'intérieur, etc. Je me garderai bien pour ma part, en pareil cas, de recourir aux saignées répétées.

J'en reviens à la dyspnée. Si réellement l'existence du blessé vous paraît menacée à courte échéance par la gêne respiratoire, mais alors seulement, je vous engage à rouvrir la plaie, à l'agrandir au besoin et à laisser écouler au dehors une portion plus ou moins considérable du sang contenu dans la plèvre. C'est là le précepte formulé par Legouest. Mais, quelque

considérable que soit l'épanchement, si la compression qu'il exerce sur le poumon vous paraît pour quelque temps compatible avec la vie, attendez d'avoir la certitude que l'hémorrhagie est arrêtée. Il surviendra une pleurésie, vous pouvez en être à peu près certain; mais cela ne doit rien changer à votre ligne de conduite. Les ventouses scarifiées, les vésicatoires, serviront en même temps à favoriser la résorption du sang épanché et à combattre la pleurésie.

Au bout de peu de jours, si vous observez que la dyspnée persiste, que la matité tende plutôt à augmenter qu'à diminuer, vous vous déciderez à intervenir, et mieux vaut recourir à l'empyème, à la pleurotomie, comme on l'appelle aujourd'hui et avec raison, que s'en tenir à la ponction. L'évacuation du liquide, les lavages, se font incontestablement d'une façon plus convenable par la large ouverture que donne la pleurotomie.

Vous avez vu à deux reprises le liquide, qui avait perdu toute coloration hématique, ressortir avec une couleur rougeâtre assez intense; en même temps une certaine quantité de flocons fibrineux a été expulsée par la plaie. L'issue de ces flocons n'a présenté aucune difficulté, parce que nous avions laissé à demeure un tube d'assez gros calibre. Si, au lieu de cela, nous avions eu un tube étroit, comme celui dont on se sert quand on fait la thoracentèse et le lavage par le procédé de Potain, l'issue de la fibrine aurait été très difficile, sinon impossible.

Vous voyez qu'en somme la pleurotomie nous a donné une guérison qu'on peut, je crois, considérer comme assurée. Ce succès est dû en partie aux conditions générales dans lesquelles se trouvait le malade et aux conditions dans lesquelles se trouvait son poumon. Le blessé, qui est jeune, vigoureux, sans tare diathésique, a été frappé en pleine santé. Le poumon a été refoulé brusquement, il est vrai, mais la rapidité de l'intervention ne lui a pas laissé le temps de subir cet état de sclérose qui s'oppose à son développement après l'évacuation du liquide. Je crois qu'une des grandes conditions de succès de la pleurotomie, c'est de la pratiquer le plus tôt possible.

Une dernière remarque. Notre malade n'a jamais présenté les crachats de la pneumonie; nous devons en conclure que, s'il y a eu un petit foyer pneumonique sur les bords de la plaie, ce qui est à peu près inévitable, ce foyer est toujours resté fort limité.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

TRIPLE ANGIOME DE LA LANGUE TRAITÉ PAR LES INJECTIONS DE TANNIN AU 1/10° ET LE THERMO-CAUTÈRE, par M. PAUL BERTHON, interne des hôpitaux.

La nommée Rench..., âgée de vingt-quatre ans, paysanne, entre le 26 mars 1884 à la Pitié, salle Gerdy, n° 8, dans le service de M. Polaillon.

Elle a été réglée à treize ans et eut pendant sa jeunesse des épistaxis répétées, revenant à époques fréquentes, au moins une fois par mois. Jamais d'hématurie ni de taches purpuriques.

Dès son enfance, elle portait à la partie antérieure de la face dorsale de la langue deux taches bleuâtres, situées l'une à droite, l'autre à gauche du sillon médian, qui augmentèrent brusquement de volume à l'âge de dix-huit ans, à l'occasion de sa première grossesse, et qui reprirent leur état primitif après celle-ci.

Les mêmes phénomènes se reproduisent pendant une seconde grossesse.

Notons aussi, phénomène assez curieux, que la malade elle-même avait reconnu que les tumeurs diminuaient de volume au moment des règles.

Il y a deux ans, elle fut soignée dans le service du professeur Verneuil où elle resta douze jours; on lui fit des injections coagulantes; néanmoins, au bout de quelques mois, les choses étaient revenues à l'état primitif.

Etat actuel. — La malade, de bonne constitution, est en parfait état de santé; elle est réglée d'une façon très régulière; pas de varices; les urines sont normales, et elle n'entre à l'hôpital que pour se faire guérir d'une difformité qui la gêne.

26 mars. — Lorsqu'on examine la langue, on voit la pointe déformée par deux saillies oblongues violacées, l'une plus considérable à droite, et qui sont des tumeurs érectiles. On en observe une troisième le long du bord droit de l'organe, au niveau de la réunion de la portion verticale avec la portion horizontale de ce bord. Elles ont chacune à peu près le volume d'une grosse noisette.

29 mars. — Avec l'aide d'une pince fenêtrée analogue à la pince à paupière qui fixe et comprime la langue, M. Polaillon pratique une injection dans la tumeur droite de 15 à 20 gouttes de

Alcool............	9.
Tannin...........	1.

La canule est laissée dix minutes. — Douleur assez intense.

31 mars. — L'injection a été suivie d'un gonflement assez considérable de la langue. — Salivation. — Plaque légèrement noirâtre au niveau de la piqûre.

Gargarisme à l'acide phénique au 1/100°.

4 avril. — Elimination de l'eschare, sorte de caverne dans l'intérieur de la langue qui tend à se réparer rapidement.

11 avril. — La cicatrisation est presque complète. — Injection dans la tumeur marginale droite avec l'aide de la pince. L'aiguille est laissée dix minutes.

Peu de réaction. — Pas de sphacèle.

14 avril. — Injection dans l'angiome situé à gauche de la pointe, suivie le 17 de gonflement localisé à gauche.

Le gonflement diminue le 19.

Le 20, il avait presque disparu; mais il n'y avait point sphacèle et la tumeur persistait.

22 avril. — Ce que voyant, le 22, avec la pointe du thermo-cautère, M. Polaillon pratique dans l'intérieur de la tumeur des cautérisations profondes.

Ces cautérisations, contrairement à ce qu'on aurait pu croire, sont très peu douloureuses; beaucoup moins que l'injection, nous dit la malade.

Pointes de thermo-cautère dans la tumeur marginale droite.

Pas de réaction fébrile, et le 24 la malade quitte l'hôpital presque complètement guérie.

PROLAPSUS UTÉRIN. — ALLONGEMENT HYPERTROPHIQUE DU COL. EXCISION AVEC LE THERMO-CAUTÈRE.

L... Célestine, âgée de 37 ans, teinturière, entre le 22 février 1884 à la Pitié, salle Gerdy, numéro 13, dans le service du docteur Polaillon.

Elle nous dit n'avoir jamais été malade : à l'âge de 19 ans, elle présenta des engorgements ganglionnaires multiples; elle fut réglée à 20 ans.

Premier enfant à 23 ans.

Deuxième enfant à 24 ans.

Pendant cette grossesse, la malade fut traitée pendant plus de trois mois pour une angine, et cautérisée plusieurs fois. Enfant mort-né et couvert de taches à sa naissance.

Troisième grossesse à 25 ans.

Enfant mort-né dans les mêmes conditions.

Dans l'intervalle, la malade avait eu une éruption sur la tête, le cou et la poitrine (syphilis probablement).

Au reste, elle paraît d'une bonne constitution, quoique sujette aux bronchites pendant l'hiver. L'appétit est normal.

État actuel. — Quelques râles de bronchite dans les poumons. Au premier temps et à la base, on perçoit un souffle anémique qui se prolonge dans les gros vaisseaux de la base du cou; du reste, la malade affirme n'avoir jamais eu de rhumatisme, ni palpitations, ni essoufflement, ni œdème

Ni albumine, ni sucre dans les urines.

La malade appelle l'attention sur une tumeur qui fait saillie entre les deux grandes lèvres, qui a débuté, nous dit-elle, il y a trois mois.

Depuis, la saillie a augmenté de jour en jour, s'accentuant surtout le soir.

Le toucher vaginal laisse percevoir un col utérin considérablement hypertrophié et allongé. Le cathétérisme avec l'hystéromètre donne pour la cavité de l'utérus une longueur de 14 centimètres au lieu de 6 1/2, chiffre normal.

Notons aussi que, phénomène habituel dans ce cas, la face antérieure de la lèvre postérieure du col est ulcérée sur l'étendue d'une pièce de 2 francs.

La malade est soumise à l'observation. Régime tonique. Injections vaginales astringentes (alun).

29 février. — La malade a ses règles, qui durent jusqu'au 5 mars.

10 mars. — Nouvel examen de la malade; même état. Le prolapsus n'a pas diminué.

12 mars. — Opération sans le chloroforme. — Résection conique avec le thermo-cautère du col de l'utérus sur une longueur de six centimètres environ; une petite artère nécessite une ligature en catgut.

Tampon phéniqué.

L'opération ne fut suivie d'aucune réaction inflammatoire; à peine quelques douleurs lombaires dans la soirée et le lendemain.

15 mars.—On supprime le tampon qu'on remplace par des injections phéniquées.

Pansement phéniqué.

La malade commence à se lever le 1er avril. L'utérus est abaissé, mais il n'y a cependant pas d'issue au dehors du col utérin. La malade quitte l'hôpital le 16 avec un pessaire Dumontpallier n° 5 qui rend la contention du prolapsus plus efficace.

PHLEGMON DE L'ŒIL. ENUCLÉATION DU GLOBE.— FEMME ENCEINTE DE SEPT MOIS.

Ulrich..., âgée de 22 ans, domestique, entre le 19 mars 1884 à l'hôpital de la Pitié, salle Gerdy, n. 10, service du docteur Polaillon.

Son père est mort à 35 ans, d'une affection pulmonaire aiguë (probablement pneumonie), qui l'emporte en 8 jours.

Sa mère a eu quatorze enfants et vit encore en parfaite santé. Elle-même, originaire d'Alsace, d'après les renseignements fort incomplets qu'elle donne, car elle parle à peine le français, nous paraît de tempérament lymphatique.

Elle a eu pendant son enfance des engorgements ganglionnaires multiples. De 4 à 10 ans, elle eut constamment mal aux yeux.

A ce moment il y eut accalmie, et c'est seulement depuis sa dernière grossesse qu'elle a recommencé à souffrir.

L'état général est bon, la grossesse bien supportée, la respiration, la digestion et la circulation se font bien. Urines normale en qualité et en quantité, ne contenant ni sucre ni albumine, mais seulement quelques flocons de mucus et une légère pellicule irisée à la surface, quand on les laisse reposer pendant quelque temps (kyestéine).

L'œil gauche présente sur la moitié inférieure de la cornée une tache blanchâtre, translucide, datant de deux mois environ, qui rend la vision confuse. Pas de strabisme, ni de paralysie des muscles de l'œil.

A droite, par contre, les lésions sont beaucoup plus intenses.

Les paupières sont violettes, œdématiées. Blépharite ciliaire.

La conjonctive est rouge, épaissie, présente à sa partie supérieure et externe une saillie du volume d'une noisette, fluctuante, jaunâtre et très douloureuse à la pression.

La cornée, opacifiée dans toute son étendue, est adhérente à l'iris par sa face postérieure; en outre, immédiatement au-dessous de la paupière inférieure, qui a laissé sa trace sur la conjonctive, on voit une tuméfaction sous-conjonctivale oblongue, fluctuante, assez considérable pour empêcher absolument l'occlusion des paupières.

En outre l'œil paraît uniformément gonflé (œil de veau), sensible à la pression, principalement au niveau des deux saillies que nous avons notées, mais très douloureux aussi spontanément, sans que cette douleur localisée au globe oculaire s'irradie au front, à la tempe ou à la joue. La vision est totalement perdue.

Diagnostic : tumeur et peut-être phlegmon suppuré de l'œil.

22 mars. — Opération sous le chloroforme. Enucléation par le procédé de Bonnet, rendue plus difficile parce que la veille de l'opération les saillies se sont crevées et ont donné issue à du pus.

Pendant l'opération, le fœtus a exécuté des mouvements; quelques contractions utérines douloureuses après l'opération; mais une demi-heure après les contractions avaient absolument cessé.

L'œil examiné montre qu'il s'agit bien d'un phlegmon oculaire: la chambre antérieure a disparu, tout le segment posterieur est rempli par un liquide puriforme, les membranes du fond de l'œil réunies et très épaissies forment autour du nerf optique une coque de tissu lardacé épais de trois milimètres environ.

Pansement à l'acide borique.

Le cours de l'opération fut du reste aussi naturel que possible et, après dix jours de traitement et trois pansements, la malade partait pour le Vésinet.

1er mai. — La malade est revenue du Vésinet; la plaie orbitaire suppure toujours un peu, mais la grossesse continue à suivre son cours normal.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

I. DE LA FORMATION DE SUBSTANCE OSSEUSE ET DE CONCRÉTIONS DANS LE CERVEAU, par L. WITKOWSKI (1). — II. UN EXEMPLE DE CHANGEMENT PÉRIODIQUE DE LA COULEUR DES CHEVEUX, par C. REINHARDT (2). — III. UN CAS DE CHANGEMENT PÉRIODIQUE DE LA COULEUR DES CHEVEUX CHEZ UN ÉPILEPTIQUE, par RÆUBER (3). — IV. RÉGÉNÉRATION DE TOUS LES ONGLES CHEZ UN ENFANT DE SIX MOIS, par L. FÜRST. — V. HYPERTRICHOSE GÉNÉRALISÉE AVEC HYPERTROPHIE DU BORD ALVÉOLAIRE DES MACHOIRES, par le même (4). — VI. ABLATION D'UN LIPOME DU POIDS DE DIX-SEPT LIVRES, par HAHN (5).

I. Il est reconnu que la formation de tissu osseux au sein de la substance des centres nerveux est chose extrêmement rare. M. WITKOWSKI en a observé un exemple récent. La tumeur osseuse, du volume d'une noix, était logée dans l'hémisphère gauche du cervelet; elle était entièrement indépendante de la pie-mère et de l'épendyme, entourée qu'elle était de tous côtés par de la substance nerveuse. Elle avait la

(1) ARCHIV. FÜR PSYCHIATRIE UND NERVENKRANK, t. XIV, fasc. 2, p. 415.
(2) VIRCHOW'S ARCHIV, t. XCV, fasc. 2, p. 337, 1884.
(3) Ibidem, t. XCVII, fasc. 1, p. 50.
(4) Ibidem, t. XCVI, fasc. 3, p. 357.
(5) BERLINER KLIN. WOCHENSCHRIFT, 1884, n° 35.

forme de deux pyramides adossées par leurs bases. Sa surface était parcourue par un grand nombre d'arêtes, de pointes et de plis; ces derniers ressemblaient dans une certaine mesure aux circonvolutions du cervelet. La tumeur était entourée d'une membrane fibreuse et creusée de petites excavations remplies d'une matière muqueuse brune ou jaunâtre. L'examen microscopique fit voir que cette substance présentait la même constitution que la moelle osseuse. La capsule fibreuse (périoste) était formée par du tissu conjonctif dense, calcifié en certains points. Après décalcification de la tumeur dans un mélange d'acide chromique et d'acide azotique, on y découvrait une substance fondamentale hyaline, des lamelles, des corpuscules osseux, des canaux de Havers. La tumeur était reliée à la substance nerveuse par un tissu conjonctif délicat, parsemé de corpuscules amyloïdes; nulle part ailleurs dans les centres nerveux on ne trouva de traces d'une calcification. La moitié correspondante du cervelet paraissait avoir une consistance un peu plus marquée. A l'examen microscopique, on y découvrait çà et là une augmentation du nombre des travées conjonctives et des cellules étoilées. L'encéphale était en outre le siège d'une artério-sclérose très étendue et parsemée de foyers miliaires de ramollissement. Il y avait enfin de l'hydrocéphalie interne et externe, avec épaississement de l'épendyme.

Le sujet auquel avait appartenu cet encéphale était mort à l'âge de 79 ans; il n'avait jamais présenté de troubles dénotant une lésion des centres nerveux. Il n'a pas été possible d'établir un rapport entre le développement de cet ostéome et quelque traumatisme antérieur.

M. Witkowski mentionne ensuite un exemple de tumeur logée dans la fosse occipitale, implantée sur la pie-mère et ayant refoulé le cervelet de bas en haut. Un autre foyer, du volume d'un noyau de cerise, et sans rapports directs avec la tumeur méningée, était logé dans le lobe inférieur du cervelet. L'examen microscopique des deux néoplasmes fit voir qu'il s'agissait de papillomes. Le sujet n'avait pas non plus présenté de son vivant des symptômes dénotant une lésion centrale. La substance blanche des centres nerveux était parsemée de nodosités arrondies, translucides, ayant la dureté du cartilage, qui se laissaient facilement énucléer de la substance environnante; çà et là elles étaient accolées à un vaisseau. La substance qui les constituait se distinguait par sa grande résistance aux réactifs usuels. Sans vouloir émettre une appréciation rigoureuse sur la nature de cette substance, M. Witkowski incline à y voir une matière ayant une grande analogie avec la cérébrine.

II. Une jeune fille idiote, âgée de treize ans, a été admise à l'asile de Dalldorf (Hambourg) le 1er avril 1880 et y est morte en 1882. A l'âge de trois ans, elle a été prise de mouvements choréiques à la tête et aux membres supérieurs. Entre cinq et six ans, elle est devenue sujette à des attaques d'épilepsie franche. A quatre ans, elle pouvait courir autour d'une table sans s'arrêter. Plus tard, elle désapprit de marcher, ce qui doit être attribué à un affaiblissement progressif et à un état de contracture des membres inférieurs. Elle grinçait souvent des dents et se mettait en colère quand elle voyait manger les autres avant qu'on la servît, dans l'impossibilité où elle était de porter des aliments ou un verre à la bouche avec l'unique secours de ses mains. Elle manifestait une certaine intelligence qui alla en diminuant vers l'âge de sept ans. A cette époque, on la mit dans un établissement destiné à l'éducation des enfants idiots, sans résultat aucun. A l'âge de dix ans, elle a eu une scarlatine grave avec complications diphthéritiques. A l'époque de son entrée à l'asile de Dalldorf, elle avait des convulsions épileptiques tous les huit ou quinze jours environ; on remarqua en outre qu'elle passait par des phases alternatives d'agitation et de calme, d'une semaine de durée. Pendant les phases d'agitation, la turgescence et la rougeur de la face étaient plus prononcées; l'enfant avait un maintien plus énergique, le pouls plus plein, la peau plus chaude et le siège d'une sécrétion plus active. En outre, on n'avait pas tardé à remarquer que les cheveux de la jeune idiote ne présentaient pas toujours la même teinte, que tantôt ils étaient plus foncés et tantôt plus clairs, en passant du blond jaune au rouge ou et inversement.

Ces changements de couleur des cheveux se produisaient en un espace de temps assez court (deux ou trois jours). Ils débutaient par l'extrémité libre des cheveux; la même teinte persistait pendant sept à huit jours. Chacune de ces périodes coïncidait avec une phase d'agitation ou de sédation. Durant les phases d'agitation, les cheveux avaient la teinte rouge; pendant les phases de stupeur, la teinte jaune.

La malade succomba le 21 juin 1882, après être restée pendant plusieurs jours dans l'état de mal. En examinant ses cheveux avec une forte loupe, on put se convaincre que la teinte foncée n'était pas due à l'action d'une matière colorante artificielle, vu qu'elle se fondait peu à peu dans la teinte plus claire. L'emploi de différents réactifs démontra également que les cheveux n'étaient pas imprégnés d'une matière colorante. La teinte plus claire ne pouvait pas non plus résulter d'une décoloration artificielle des cheveux, ceux-ci ayant conservé leur brillant et leur élasticité. L'examen microscopique, dont les résultats sont décrits avec un grand luxe de détails, fit voir que les cheveux plus clairs contenaient beaucoup plus d'air que les cheveux foncés, non seulement dans leur partie médullaire, mais encore dans les nombreux interstices compris entre les fibres-cellules de la substance corticale, entre celles-ci et la cuticule.

L'examen histologique de la substance corticale du cerveau y fit découvrir des altérations caractérisées par la présence de cellules-araignées, par une prolifération des noyaux de la névroglie, par un épaississement des parois des vaisseaux et une dilatation des espaces lymphatiques périvasculaires, enfin, en maints endroits, par la rareté et la petitesse des cellules ganglionnaires altérées dans leur forme, par un amincissement des cylindres axes. Dans les cornes antérieures de la moelle, les grosses cellules ganglionnaires étaient raréfiées, légèrement ratatinées; beaucoup de vaisseaux étaient envahis par la dégénérescence graisseuse.

Reinhardt conclut que certains désordres cérébraux peuvent donner lieu à des troubles trophiques du côté des cheveux, lesquels peuvent présenter une certaine périodicité comme d'autres manifestations nerveuses, se caractérisant par l'apparition d'une teinte plus pâle, due à une accumulation anormale d'air.

III. M. Raeuber relate une observation du même genre. Il s'agit également d'un épileptique, âgé de 24 ans et doublé d'un hystérique. Les modifications des cheveux étaient annoncées par des douleurs de tête; elles se produisaient par accès. En trois jours, la transformation atteignait son apogée; elle met-

tait ensuite une vingtaine de jours à se dissiper. Les cheveux, d'un blond foncé et lisses dans les circonstances ordinaires, devenaient crépus, ternes, d'un rouge jaune. En même temps, la douleur de tête s'accentuait au point de devenir intolérable; quand on touchait le cuir chevelu du malade, ce dernier ressentait comme des picotements. Le cuir chevelu présentait d'ailleurs un aspect normal. Par moments, la peau du front et une cicatrice que le malade portait à ce niveau étaient envahies par de la rongeur.

L'auteur cherche à démontrer qu'il n'y avait dans ce cas ni supercherie ni simulation. Il passe en revue les principaux exemples connus de changements de couleur des cheveux survenus sous l'influence d'un trouble de l'innervation. L'explication proposée par Reinhardt (accumulation d'air dans les cheveux) pour expliquer les différences de coloration de ces appendices n'est pas applicable au cas de Ræuher. Ce dernier croit que les changements de coloration des cheveux observés chez son malade rentrent dans la catégorie des troubles trophiques relevant de l'hystérie.

IV. Une petite fille âgée de 5 mois et demi, sans antécédents syphilitiques ou scrofuleux, très épuisée par un catarrhe chronique de l'intestin, était sujette à des accidents convulsifs graves depuis l'âge de six semaines. Ces accidents duraient des journées entières, pendant lesquelles les doigts étaient contracturés d'une façon si violente, qu'il était souvent impossible de les ouvrir pendant la moitié d'une semaine, pour procéder aux soins de propreté. Aux doigts de la main droite, aux 2ᵉ, 3ᵉ et 5ᵉ doigts de la main gauche, les ongles présentaient les anomalies suivantes : entre le premier et le second tiers de l'ongle se voyait une ligne transversale bien dessinée à convexité tournée vers le sommet du doigt. L'ongle était ainsi partagé en deux segments : l'un plus petit, central; l'autre plus grand, périphérique. Le premier était plus dur, plus saillant et d'une teinte grise; l'autre, plus mou, plus délicat et rosé, présentait en outre un vestige de lunule. L'ensemble de ces modifications donnait l'idée du refoulement d'un ongle détaché par un ongle de nouvelle formation, comme cela s'observe souvent à la suite d'un onyxis ou d'un traumatisme. L'ongle du quatrième doigt de la main gauche avait une conformation parfaitement normale. L'ongle du pouce de ce même côté était rendu difforme par un onyxis.

Environ six semaines plus tard, lorsque M. Fürst revit cette petite fille, le pouce de la main gauche était pourvu d'un ongle neuf. Au deuxième et au troisième doigt, l'ongle d'ancienne date était refoulé plus avant; il s'était détaché spontanément au cinquième doigt, et, sous l'influence de chocs insignifiants au pouce, aux deuxième et troisième doigts de la main droite. Au quatrième et au cinquième doigts, il en subsistait encore des restes.

V. M. Furst rapporte ensuite un exemple d'*hypertrichose* (développement exagéré des appendices pileux) généralisée chez un enfant de six mois. Les autres enfants de la même famille étaient normalement conformés. La petite fille en question avait la plus grande partie du tégument externe converte de poils noirs, d'une longueur de 1 à 3 centimètres. La chevelure était très fournie; sur chacune des bosses frontales était implanté un houquet de poils en forme de tourbillon. Les sourcils mesuraient un centimètre et demi et se continuaient en dedans jusqu'à la racine du nez. Une bonne partie des joues et la lèvre supérieure étaient garnis de poils. Sur la poitrine et le ventre, les poils étaient à peine plus développés qu'à l'état normal. La face palmaire de la main gauche et la face correspondante de l'avant-bras et du bras étaient glabres; même disposition à droite, si ce n'est que le rebord cubital de l'avant-bras était occupé par un *nævus* ovalaire, long de 35 millim., large de 16 millim., absolument dégarni de poils. Les pieds étaient également glabres. Partout ailleurs, le corps était plus ou moins velu.

Cette petite fille présentait avec cela une hypertrophie du rebord alvéolaire des maxillaires, qui avait déterminé la famille à recourir à l'avis d'un médecin. La conformation de la mâchoire rappelait assez bien celle qu'on observe chez les idiots; l'enfant avait d'ailleurs l'intelligence parfaitement bien développée. Cette hypertrophie des maxillaires était d'autant plus singulière, que la plupart des exemples d'hypertrichose publiés jusqu'à ce jour coïncidaient avec des malformations des maxillaires ayant empêché l'éclosion d'un certain nombre de dents. L'auteur fait remarquer qu'au début du développement embryonnaire, les premiers éléments de l'appareil cutané étant en contact intime avec le feuillet moyen d'où dérive l'appareil dentaire, il n'y a pas lieu de s'étonner qu'une même irritation nutritive puisse atteindre les deux appareils.

VI. Un homme de soixante-quatorze ans, d'une bonne santé habituelle, vint consulter M. Hahn pour une tumeur énorme qu'il portait sur le dos, et dont il s'était aperçu pour la première fois il y avait trente ans environ, au moment de prendre un bain. A cette époque, la tumeur avait le volume d'une noisette; elle n'était point pédiculée; comme siège, elle correspondait à la cinquième vertèbre cervicale. Elle alla en se développant d'une façon progressive en même temps qu'elle se pédiculisait. Pour la mettre à l'abri des insultes traumatiques, le patient dut porter un bandage qui n'empêcha nullement tumeur de poursuivre son développement. Depuis une année, le malade était devenu sujet à des douleurs dans l'occiput; les mouvements de la tête étaient gênés, et pour regarder une personne placée à ses côtés, le patient était obligé de faire volte-face. Ce sont ces incommodités qui l'ont décidé à recourir à l'intervention chirurgicale.

La tumeur avait atteint le volume d'un potiron et son poids obligeait le malade à ployer le corps en avant. Elle était implantée par un pédicule long de 3 centimètres, large de 19 centimètres et constitué par une duplication de la peau. Elle s'étendait depuis le niveau de la quatrième vertèbre dorsale jusqu'au niveau de la troisième vertèbre lombaire. Par sa surface antérieure, lisse, un peu concave, elle était en rapport avec la peau du dos. Son plus grand diamètre transversal mesurait 65 centimètres en largeur, son plus grand diamètre longitudinal 74 centimètres. La tumeur pesée avant l'opération avait un poids de 17 livres. Le pédicule et la face postérieure, convexe, de la tumeur étaient sillonnés de veines variqueuses. A la partie déclive, sa surface était indurée, rugueuse; partout ailleurs elle était lisse. Sur la face qui regardait le sol, elle était le siège d'une production papillaire semblable à ce qu'on observe dans l'éléphantiasis, sous forme d'excroissances verruqueuses dont la grosseur variait de celle d'une lentille à celle d'un haricot. A la palpation, on reconnaissait que la tumeur était lobulée. A son pourtour existaient trois tumeurs grosses comme des œufs de pigeon et de poule, qu'il était facile de reconnaître pour des lipomes.

L'opération fut conduite de la façon suivante : le pédicule fut incisé de part en part en haut et en bas; on fit passer à

travers les deux incisions un lien en caoutchouc, dans lequel fut enserré le pédicule. Une incision circulaire fut pratiquée de chaque côté de la ligature, à quatre travers de doigt de distance; le pédicule soigneusement disséqué, et constitué par une bride conjonctive et par de gros vaisseaux, fut divisé d'un trait; il fallut lier une vingtaine de vaisseaux du calibre de 1 à 4 millimètres. La plaie fut fermée avec des sutures en catgut et recouverte d'un pansement de Lister. Le troisième jour, une hémorrhagie secondaire nécessita la réouverture de la plaie. Le quatorzième jour, le malade s'en retourna chez lui; la plaie, large comme le plat de la main, était tapissée de granulations de bonne nature.

M. Hahn fait remarquer qu'en l'absence des trois lipomes situés dans le voisinage de cette grosse tumeur on eût été porté à prendre celle-ci pour un fibrome molluscoïde, à cause de sa grande analogie avec un néoplasme représenté et décrit sous ce nom par Virchow, dans son *Traité des tumeurs*. Dans le cas de Virchow, la tumeur principale était également entourée d'autres petites tumeurs qui furent reconnues pour des fibromes.

Après l'opération, le lipome ne pesait plus que 5,500 gr.; la différence de poids avant et après l'opération s'explique par les pertes de sang et l'écoulement d'un liquide jaunâtre, issu de la partie inférieure de la tumeur. Celle-ci présentait une consistance très variable dans les différentes parties de sa masse, osseuse en certains points, et à ce propos M. Hahn rappelle que, comme l'a démontré Virchow, il peut se faire des dépôts calcaires dans les tumeurs lipomateuses. Incidemment, M. Hahn a mentionné, comme des exemples de fibromes très volumineux, ceux publiés par Billroth (1), Jackson (2) et Obtulowicz (3).

E. Ricklin.

(1) Wiener medic. Wochenschrift, 1871, nos 44 et 45.
(2) The Indian med. Gazette, 1874, n° 5.
(3) Preglad lekarski, 1879, nos 45 et 46.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Récentes publications sur l'hygiène.

Dans cette revue des récentes publications concernant l'hygiène, qui éclosent chaque année plus nombreuses, nous sommes embarrassé pour suivre un ordre quelconque. Commençons donc par les travaux relatifs à l'hygiène des enfants, les enfants, ces dieux du jour.

I. — Un médecin militaire, le docteur A. Bourgeois, a fait un *Manuel d'hygiène et d'éducation de la première enfance* (4). Ce manuel a la prétention de constituer, d'après les paroles mêmes de l'auteur, « une sorte de code très complet et très précis qui pourra être consulté avec fruit par les mères et par les nourrices ».

L'opuscule se présente fort bien et sous un format commode; il donne de très bons conseils sur les soins à donner au nouveau-né jusqu'à son sevrage. On y trouvera même, décrit et représenté par la gravure, un nouveau modèle de biberon proposé par l'auteur, qui a tenu à prévenir ses lecteurs « que ce biberon n'a jamais été fabriqué dans le commerce. Chaque amateur est libre de le faire construire chez tel fabricant qui lui conviendra. Cet avertissement était nécessaire, ajoute M. Bourgeois, pour que l'on soit bien convaincu que je ne fais absolument aucune réclame. »

(4) Un volume in-18° de 180 pages, cartonné. Paris, O. Doin, 1883.

II. — Avec l'autorité qui s'attache à son nom, M. le professeur Fonssagrives nous donne une nouvelle édition d'un livre excellent à tous les points de vue: *le Rôle des mères dans les maladies des enfants, ou ce qu'elles doivent savoir pour seconder le médecin* (1). Dans cet ouvrage, l'auteur s'attendait cependant « à froisser chez les femmes un sentiment très général et très vivace: celui qui les porte à faire de la médecine, poussées qu'elles sont dans cette voie par l'instinct d'assistance qui est un de leurs glorieux attributs et aussi par des livres dont beaucoup, bien intentionnés mais mal inspirés, prétendent les conduire, par une initiation dangereuse, jusqu'à une limite qu'elles ne franchiront pas. C'est, à coup sûr, bien méconnaître à la fois les entraînements de l'incompétence et les dangers d'une *demi-médecine* que de s'imaginer qu'une tentative pareille soit réalisable utilement. Il n'a donc pas hésité, au risque de heurter chez elles une impulsion, louable évidemment en elle-même, mais dangereuse dans ses résultats, à les rappeler, un peu rudement peut-être, au sentiment de leur rôle véritable. » L'accueil fait à son livre a dû rassurer l'auteur: car c'est la cinquième édition de ce vrai manuel de la mère de famille dont nous annonçons la publication, *et cela seul nous dispense d'en dire plus long*.

III. — A l'étranger, on ne manque pas non plus de travaux sur l'hygiène de la première enfance. Voici, en effet, que nous venons de recevoir la troisième édition d'un travail sur ce sujet, émané du docteur Francisco Vidal Solares (de Barcelone), sous ce titre modeste: *Conseils familiers* (2). Nous ne pouvons qu'enregistrer le succès de ce petit traité dont nous avons déjà parlé ici même (3).

IV. — Ce n'est pas quitter l'enfance que de mentionner les deux lettres que M. le docteur de Pietra-Santa a adressées à M. le professeur Carlo Maggiorani sur la *Constatation des naissances à domicile* (4). Dans cette brochure, le directeur du Journal d'Hygiène expose et préconise le système des constatations tel qu'il fonctionne à Paris; et, rappelant l'article qu'il a publié en avril 1868 dans les Annales d'hygiène publique et de médecine légale, il engage les médecins italiens à suivre la même voie pour arriver à faire modifier l'article 371 du Code civil.

V. — M. le docteur Collineau vient de faire paraître un volumineux travail sur une des questions qui sont le plus à l'ordre du jour: sur la gymnastique (5).

(1) Un vol. in-18 de 324 pages. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1883.
(2) *Consejos familiares sobre la higiene de la primera infancia*, broch. in-8, 1884.
(3) Gazette médicale, 1882, p. 415. Du même docteur Vidal Solares, nous avions déjà reçu il y a quelques mois, en un opuscule d'une cinquantaine de pages (in-8, 1883), un résumé très clair des diverses méthodes d'exploration utérine, accompagné de la description (avec 52 gravures à l'appui) des principaux instruments destinés à l'examen des organes génitaux de la femme.
(4) In-8 de 19 pages. Milan, Franc. Vallardi. Extrait de *la Rivista della beneficenza publica e delle istituzioni di Previdenza* (avril et mai 1882).
(5) *La Gymnastique*, notions physiologiques et pédagogiques, applications hygiéniques et médicales, par A. Collineau, 1 vol. in-8 de 824 pages, avec 136 figures. Paris, 1884. J.-B. Baillière et fils, éditeurs.

Après un historique fort attachant et à peu près complet, M. Collineau étudie les effets physiologiques des exercices du corps sur les diverses fonctions de l'organisme, sur les fonctions de nutrition, de locomotion, de respiration, de circulation, comme sur les fonctions cutanées.

La troisième partie est consacrée à la description des divers exercices de gymnastique sans appareils : attitudes et exercices d'assouplissement, marche, course, saut, danse, équilibre, phonation, natation, équitation, jeux divers.

Une quatrième partie s'occupe des agrès et des appareils, et explique les divers procédés de la gymnastique d'application, avant de jeter un coup d'œil sur les formes spéciales de la gymnastique : méthode de Ling, gymnastique de chambre, gymnastique militaire.

Enfin, dans une dernière partie, M. Collineau établit les effets thérapeutiques de la gymnastique. Puis il termine son travail d'ensemble sur un sujet qu'il a si bien étudié par des considérations bien dignes d'être méditées et écoutées par nos gouvernants ; car dans ces vingt dernières pages, remplies d'aspirations généreuses et réchauffées par un vif sentiment de patriotisme, M. Collineau cherche à caractériser le rôle de la *gymnastique dans une démocratie*.

VI.—Sous ce titre peu ambitieux, *Entretiens sur la santé* (1), M. le docteur Félix Bremond a publié un beau volume qui rendra de nombreux services. A vrai dire, ce n'est pas aux médecins que ce livre sera utile; M. Bremond n'a pas écrit pour eux. Il s'est adressé à un plus grand public, à ceux qui ont besoin non d'apprécier les lois de l'hygiène, mais de les connaître, de les comprendre et de les appliquer.

« Dans ce vaste champ de la science qu'ont ensemencé ou cultivé tant de travailleurs, des fruits ont mûri que chacun doit pouvoir cueillir. Je veux les montrer, nous dit M. Bremond, à ceux qui ne les voient pas, les faire connaître à quiconque les ignore, les présenter sans grands mots grecs ni latins, en quelques pages familières à la portée de tous, villageois et citadins, artisans et bourgeois, pauvres et riches, jeunes et vieux, femmes et hommes. »

Le plan qu'a adopté M. Bremond pour arriver à ses fins est assez original pour qu'on le signale. Au lieu de suivre le système classique de la division en *circumfusa*, *ingesta*, *secreta*, *excreta*, *acta*, *applicata*, etc., M. Bremond a eu l'idée de prendre l'homme « au saut du lit pour ne plus le quitter jusqu'au moment où il devra de nouveau se livrer au sommeil »; et, en le suivant dans les différents actes de sa journée, il assiste à la toilette, décrit la chaussure, les vêtements, la coiffure; il s'assied à table avec son lecteur, et à ce propos il étudie les aliments; et ainsi de suite pour les autres actes qui remplissent ou peuvent remplir la journée d'un homme.

Des chapitres très courts, « pouvant être lus en un instant; des esquisses rapides n'exigeant pas une grande tension de l'esprit; des conseils pratiques, accompagnés — quand l'occasion s'en présentera — d'un détail historique qui intéresse, voire d'une anecdote qui déride, voilà le plan de ce modeste traité d'hygiène. » Et ce plan a été suivi avec soin.

VII. — Dans un travail des plus intéressants, M. le docteur H. Michel a établi l'*Influence de l'eau potable sur la santé publique* (1). En s'appuyant sur les résultats d'une pratique de plus de vingt ans, il a démontré que si la fièvre typhoïde avait fait pendant un demi-siècle autant sinon plus de ravages que la phthisie à Chaumont (Haute-Marne), la cause en était due exclusivement à la qualité des eaux qui servaient à la boisson des habitants. Ces eaux provenaient en effet d'un réservoir où elles étaient altérées par une grande quantité de matières organiques amenées des habitations à travers le sol.

VIII et IX. — Après avoir signalé une étude d'ensemble de M. A. Hamon sur *les Eaux potables et le Plomb* (2), je m'en voudrais d'oublier le travail si autorisé de M. Armand Gautier, le successeur de M. Wurtz dans la chaire de chimie de la Faculté de médecine de Paris, sur *le Cuivre et le Plomb dans l'alimentation et l'industrie, au point de vue de l'hygiène* (3).

Je relèverai dans ce livre si complet l'exposé de la méthode nouvelle employée par M. Gautier pour la recherche du cuivre dans les substances qui peuvent recéler ce métal.

« Les matières desséchées à l'étuve de fer sont imprégnées d'un peu d'acide nitrique pur additionné de quelques gouttes d'acide sulfurique, puis carbonisées dans le platine à basse température sur une lampe de verre et dans une enceinte exempte de poussières et d'objets en cuivre. On chauffe modérément tant qu'il se forme des produits odorants ou volatils. On broie alors finement le résidu charbonneux et on l'épuise par l'eau bouillante acidulée d'acide azotique.

« Le charbon qui reste est calciné lentement à la température du rouge naissant et à l'air ambiant. Les liqueurs de lavage sont évaporées; elles ne contiennent pas, en général, de cuivre ou à peine des traces, ce métal étant presque entièrement retenu par le charbon.

« Les cendres résultant de l'incinération du charbon, mêlées au produit de l'évaporation des eaux de lavage, sont traitées alors par un petit excès d'acide sulfurique pur; on chauffe jusqu'à ce qu'il ne se dégage plus d'acide nitrique ou nitreux, on étend de beaucoup d'eau, on fait bouillir, on laisse refroidir et on filtre après vingt-quatre heures.

« Le plomb et l'étain pouvant être contenus dans les légumes restent ainsi sur le filtre, et tout le cuivre passe dans la liqueur à l'état de sulfate. On précipite alors lentement ce métal dans le liquide filtré rendu modérément acide, et que l'on maintient tiède, en y faisant plonger les électrodes de platine d'une pile formée de deux éléments de Bunsen. On lave ces deux électrodes au bout de vingt-quatre heures par décantations successives et sans interrompre le courant; on dessèche dans l'hydrogène avec les précautions ordinaires la lame de platine recouverte de cuivre, on la pèse; puis, après avoir redissous le métal par l'acide nitrique et de nouveau desséché la lame, on la pèse encore; la différence des deux pesées donne le poids du cuivre déposé. »

Dans la seconde partie de son volume, qui est encore plus importante que la première, M. Gautier traite des diverses questions relatives à l'intoxication saturnine, que le plomb pénètre dans l'organisme par l'alimentation, ou qu'il y entre à

(1) *Entretiens familiers sur la santé. Hygiène usuelle étudiée d'après les actes de la vie normale.* 1 vol. gr. in-8 de 656 pages, avec 244 figures. Paris, librairie Lauwereyns-Steinheil, 1884.

(1) Un vol. in-18 de 92 pages. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1884.

(2) Une broch. in-18 de 72 pages. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1884.

(3) Un vol. in-18 de VIII-310 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1883.

petites doses dans les diverses industries qui fabriquent on emploient des composés plombiques.

Comme annexe à son travail, M. A. Gautier a reproduit les instructions que le Conseil d'hygiène et de salubrité a votées en novembre 1881, sur les précautions à prendre par les chefs d'atelier et par les ouvriers qui fabriquent ou manipulent des composés de plomb.

X. — C'est encore la question de l'influence du cuivre dans l'alimentation que M. le docteur T. Gallard a étudiée dans les deux rapports qu'il a été chargé de faire par le comité consultatif d'hygiène de France en 1881 et en 1882. En publiant à part ces deux documents (1), M. Gallard les a fait précéder d'un avant-propos dans lequel il expose ses idées personnelles relativement au verdissage des conserves de légumes. Ces idées tendent à une plus grande tolérance que celles de la majorité des membres de la commission. M. Gallard considère en effet comme démontré que le reverdissage des conserves par les sels de cuivre est absolument inoffensif. Il soutient « qu'il n'existe pas dans la science un seul fait authentique et avéré d'accidents non pas seulement d'empoisonnement, mais de simple malaise, si léger, si passager soit-il, qui ait été jamais produit par le cuivre ou ses composés *aux doses auxquelles on les emploie d'habitude pour le reverdissage des conserves de légumes* ».

Cependant, si par une erreur ou un vice de fabrication ou dépassait notablement cette quantité, M. Gallard reconnaît qu'il pourrait en résulter des troubles sérieux, etc. C'est la possibilité de semblables accidents, *qui ne se sont du reste jamais présentés* dans la pratique, c'est cette possibilité « qui, ajoute M. Gallard, m'a paru suffisante pour justifier la prohibition qui pèse sur l'emploi des sels de cuivre ». Mais M. Gallard prend soin d'émettre un vœu tendant à ce que l'on se contente désormais d'imposer à chaque fabricant l'obligation de mettre sur une étiquette en caractères suffisamment lisibles l'indication de la substance ajoutée aux légumes pour en assurer la conservation.

XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII et XIX. — Nous ne voulons pas terminer cette revue, qui cependant est déjà bien longue, sans signaler à nos lecteurs quelques autres travaux. Et d'abord la série des *Rapports sur les maladies régnantes pour l'année 1882*, faits à la Société médicale des hôpitaux de Paris par M. du Castel (2), qui continue avec talent et avec un zèle méritoire l'exemple donné pendant de nombreuses années par M. Ernest Besnier.

Voici maintenant une brochure de M. le docteur L. Fournol (de Billancourt), sur *le Choléra et la fièvre typhoïde*(3) avec les moyens pratiques de s'en préserver.

M. le docteur L. Grellety a condensé aussi en quelques pages l'exposé *Des précautions à prendre contre la fièvre typhoïde* (1), tandis que le docteur E. Monin (2) venait, dans la même série des publications (fort dignes d'encouragement) de la Société française d'hygiène, de donner une brochure remplie d'excellents conseils sous le titre : *Obésité et Maigreur*.

Le docteur Georges Martin (de Bordeaux) a consacré un court travail à étudier les *affections oculaires chez les gens de la campagne* (1).

MM. Barthélemy et Devillez, sous le double titre : *Syphilis et Alcool ; les inviteuses*(2), signalent et étudient un vice et un danger spéciaux aux grandes villes et surtout à Paris où pullulent ces établissements mal surveillés que l'on appelle les brasseries à femmes.

Voici une traduction française faite par un Belge, M. Timmerhans, d'un œuvre de vulgarisation écrite par le docteur C.-A. Meinert sur *la Question alimentaire* (3).

Le docteur A. Bastings a essayé, dans un travail pavé d'ailleurs de bonnes intentions et qui a pour titre *Réforme médicale* (4), d'élever la médecine au niveau des sciences physiques, *déterminant la cause anatomique de chaque maladie et le mode rationnel de la combattre.*

Enfin M. le docteur Walter Douglas Hogg a donné une étude des plus sérieuses et sur laquelle notre attention ne tardera pas à être rappelée. Ce travail est en effet un exposé *De l'état de la médecine publique en Angleterre* (5) et ne pourra qu'être utile à nos législateurs français au moment où la création d'un service ministériel spécial aux questions d'hygiène est projetée et soumise à l'étude de notre Parlement.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE.

Hôpital des Enfants malades. M. Bouchut.

De l'alimentation des jeunes enfants par la farine d'avoine. — La question de l'alimentation des jeunes enfants et des différents procédés à suivre dans ce but se pose à chaque instant dans la pratique médicale. Le médecin est souvent embarrassé et il n'a pas toujours en dedans de lui des motifs sérieux et scientifiques à se donner pour conseiller un aliment plutôt qu'un autre.

Je ne parle pas de la question d'opportunité, c'est-à-dire du moment où l'on commence à nourrir les jeunes enfants autrement qu'avec le lait. Ici les règles sont précises. Tous les médecins sont d'accord. On sait que, dans les premiers mois de la vie, les organes anatomiques de la muqueuse intestinale ne sont pas suffisamment formés pour la digestion des féculents et qu'ils ne se forment que par degrés. Ce n'est qu'au troisième ou au quatrième mois de la vie que les féculents peuvent être transformés et digérés par la muqueuse gastro-intestinale. Sous ce rapport, on peut donc affirmer qu'il est dangereux de donner des bouillies, des panades et autres substances féculentes avant le quatrième mois. Pour moi, je ne commence qu'au cinquième.

Mais lorsque le moment est venu et qu'on commence à vouloir donner autre chose que du lait aux jeunes enfants, quel est le mode d'alimentation à adopter ?

La viande doit être sévèrement exclue. Tout au plus doit-on permettre le bouillon de poulet ou de bœuf très faible. C'est le moment de commencer l'usage des potages féculents et des potages préparés avec les différentes substances farineuses connues qu'on peut employer l'arrow-root, le sagou, le manioc, ce qui se fait beaucoup dans nos colonies, la farine de riz ou de blé, la farine Morton, etc.

Des travaux entrepris sur la composition de la farine d'avoine,

(1) *Le Cuivre et les Conserves de légumes*, brochure in-8 de 44 pages. Paris, 1883, H. Lauwereyns.
(2) Broch. gr. in-8. Paris, typographie Duruy, 1884.
(3) Broch. in-18 de 163 pages. Paris, Delahaye.
(4) In-12 de 22 pages. Paris, 1883.
(5) In-12 de 20 pages.

(1) Paris, Delahaye. In-12 de 16 pages.
(2) Paris, in-8 de 19 pages. Delahaye et Lecrosnier.
(3) Une broch. grand in-8 de 112 pages. Paris, chez Lesoudier, et Bruxelles, chez Mayolez, 1883.
(4) In-8 de 96 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1883.
(5) In-8 de 180 pages. Paris, 1883. G. Masson, éditeur.

il résulte que cette céréale renferme de la matière grasse, un *principe aromatique* qui a quelque rapport avec celui de la vanille et qui donne à la graine fraîche une odeur qui enivre parfois les chevaux et l'homme. Journet a pu l'extraire au moyen de l'eau, puis de l'alcool.

D'après les travaux de Payen, de Franckland, la farine d'avoine possède l'*équivalent nutritif et calorifique* le plus élevé parmi les autres farines, et *en outre contient le plus de fer*.

D'aprés une analyse de Vogel, l'avoine contient :

Fécule	59.00
Albumine	4.30
Gomme	2.50
Sucre et principe amer	8.25
Huile grasse jaune verdâtre soluble dans l'alcool bouillant	2.00
Matière fibreuse	Q.V.

Davy, dans son analyse, y a trouvé 6 pour 100 de gluten, matière non signalée par Vogel.

Dans cette occurrence et pour fixer d'une façon plus précise la composition de cette farine, j'ai fait faire une analyse nouvelle par M. Brissonnet, interne de l'hôpital des Enfants malades et licencié és sciences.

Analyse de la farine Morton.

Pour 100 parties, cette farine contient :

Eau			9.906
Substances protéiques.	Albumine soluble		2.100
	Albumine insoluble		9.400
Matière grasse			6.525
Sucre			0.965
Gomme			1.570
Dextrine			1.324
Ligneux (son)			1.564
Amidon			64.570
Substances minérales (cendres).	*Fer* (*ou oxyde ferreux*, 0.0186)	0.01456	2.075
	Chaux	0.09105	
	Magnésie	0.11652	
	Potasse	0.37833	
	Acide phosphorique (PhO_5)	0.46578	
	Silice (SiO^2)	0.37897	
	Acide sulfurique	0.09050	
	Acide chlorhydrique, soude, etc. (dosés par différence)	0.53830	
Azote total		1.61400	

L'examen microscopique n'a montré que de l'amidon d'avoine.

BRISSONNET.

Comme on le voit, d'après cette analyse faite avec tout le soin désirable, de façon à fixer la science sur la composition de la farine Morton, ce produit offre, pour l'alimentation des jeunes enfants, des avantages que l'on ne trouve pas au même degré dans les autres fécules habituellement en usage.

(GAZETTE DES HÔPITAUX.)

NOTES & INFORMATIONS

Choléra

MARSEILLE. — Le Bulletin officiel de l'état civil de Marseille donne les renseignements suivants sur la mortalité pendant le dernier septenaire :

Du 11 au 12	septembre.	— Décès cholériques	3
12 — 13	—	—	4
13 — 14	—	—	3
14 — 15	—	—	3
15 — 16	—	—	2
16 — 17	—	—	2
17 — 18	—	—	7

— La Société de médecine de Marseille a entendu la lecture d'un rapport du docteur Livon sur les travaux de la commission qui a fait des recherches sur le choléra. La commission a examiné l'eau du canal prise au robinet du laboratoire de physiologie de l'Ecole de médecine et l'eau prise prés de la source : toutes deux contiennent des bacilles-virgules; en expérimentant d'aprés la méthode de M. Koch, on est parvenu à établir une moyenne de 10 bacilles-virgules par goutte d'eau de la Rose, soit environ 25,000 de ces microbes par métre cube.

— TOULON. — La diminution de l'épidémie continue à Toulon et dans le Var. On n'en a pas moins pris une excellente mesure, c'est de n'onvrir le lycée et les écoles que quinze jours après l'enregistrement du dernier décès. A la date du 16 septembre, il restait 20 malades en traitement à Saint-Mandrier et à Bon-Rencontre.

—Les consuls étrangers de Nice, de Cannes et de Menton se sont réunis à la mairie de Nice; ils ont signé une déclaration constatant que le littoral de la Méditerranée, d'Hyéres à San-Remo, est exempt de toute contagion cholérique.

— NIMES. — Plusieurs décès cholériques ayant été constatés dans la rue dn Chéne, le maire a fait évacuer cette rue.

— ARDÈCHE. — En huit jours, on a constaté une trentaine de décès cholériques dans le village de Saint-Reméze.

— PYRÉNÉES-ORIENTALES. — L'épidémie continue de faire des victimes à Perpignan, à Ille, Cattlar, Vinça, Prades, Estoher, Marquixanes, Finestret, Espira-du-Confluent, etc.

— HÉRAULT-AUDE. — On considére l'épidémie comme touchant à sa fin dans ces départements.

— Le BORDEAUX MÉDICAL dément la nouvelle d'aprés laquelle on aurait constaté quelques cas de choléra à Bordeaux. On a observé, comme on observe tous les ans dans cette ville, des diarrbées ou des cholérines saisonnières plus ou moins graves, mais pas un seul cas confirmé de choléra asiatique.

— Il résulte d'un relevé statistique qu'il y a en, en France, depuis le commencement de l'épidémie de choléra jusqu'au 15 septembre, environ 5,000 décès, répartis dans 280 communes, ce qui suppose au moins 10 à 12,000 cas de choléra depuis le 17 juin. 17 départements ont été successivement envahis : les Basses-Alpes, les Hautes-Alpes, l'Ardéche, l'Aude, les Bouches-du-Rhône, la Corse, la Drôme, le Gard, la Haute-Garonne, l'Hérault, les Hautes-Pyrénées, les Pyrénées-Orientales, le Rhône, la Seine, le Var, Vaucluse et l'Yonne. C'est actuellement le département des Pyrénées-Orientales qui fournit le chiffre le plus élevé de décès : 90 pendant la semaine derniére ; viennent ensuite le Var avec 45 décès, les Bouches-du-Rhône avec 40 et l'Ardéche avec 6.

— ITALIE. — C'est toujours l'Italie et c'est surtout Naples qui paient au fléau le plus large tribut. On a constaté dans cette ville :

11	septembre	815	cas de choléra	341	décès
12	—	872	—	395	—
13	—	642	—	348	—
14	—	643	—	331	—
15	—	470	—	283	—
16	—	432	—	161	—
17	—	507	—	283	—

Dans la province de Génes, particuliérement à la Spezzia où elle a cruellement sévi, l'épidémie est en décroissance.

— ESPAGNE. — Les médecins espagnols ont quelqne peu discuté sur la nature de l'épidémie qui s'est développée dans la province d'Alicante. —› doute ne saurait plus exister dans aucun esprit. A Elche, á Novelda, pas plus que dans quelques autres villages de la province de Taltosa où il s'est montré, le choléra ne semble devoir être bien meurtrier ni avoir une force d'extension considérable.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — L'Association française pour l'avancement des sciences a clos sa treizième session, hier jeudi, 11 septembre 1884.

Dans sa dernière séance, il a été procédé à l'élection du bureau pour le prochain congrès qui se tiendra en 1885 à Grenoble. M. le professeur Verneuil a été nommé président et M. le docteur Napias secrétaire général.

Enfin la ville de Nancy a été désignée comme lieu où devra siéger le congrès de 1886.

— CONGRÈS. — En raison des conditions sanitaires de la plupart des provinces du royaume, les congres des *médecins hygiénistes italiens*, de la *Société de crémation* et le congrès de *dermatologie et de syphiligraphie* qui devaient avoir lieu à Turin sont renvoyés à une autre époque.

— CONGRÈS DE LA CROIX-ROUGE. — Lundi, 1er septembre, le congrès de la Croix-Rouge s'est réuni à Genève. Quelques questions se rapportant à la médecine ont été traitées dans cette réunion internationale :

De l'emploi de l'électricité sur les champs de bataille. — Des essais de lumière électrique appliquée à la recherche des malades sur le champ de bataille ont eu lieu en présence des membres du congrès et ont donné des résultats très satisfaisants.

En conséquence, le vœu suivant a été adopté : « Les expériences faites en octobre 1883 à Vienne et en juillet 1884 à Aldershott, puis celles du 2 septembre 1884 à Genève, avec un appareil électrique (wagon mobile), ont prouvé la possibilité d'évacuer un champ de bataille dans la nuit après un combat et de pouvoir enterrer les morts en vérifiant leur identité. L'utilité d'un pareil emploi étant incontestable, la troisième conférence de la Croix-Rouge, siégeant à Genève, émet le vœu que dans les futures guerres la lumière électrique soit employée dans tous les cas où les autorités militaires le permettront.

Matériel d'ambulance. — La conférence croit nécessaire d'instituer une commission internationale de modèles, qui choisirait les types les plus nécessaires et les plus utiles. Ces modèles seraient tous de dimensions identiques ; on pourrait établir en outre de petits musées internationaux où l'on réunirait les modèles réduits, adoptés par la commission internationale.

Intervention des sociétés de secours en temps de paix. — Après une discussion, l'assemblée adopte la résolution suivante : « La Société de secours pourrait, autant que possible, en temps de paix, s'associer aux œuvres d'humanité correspondant à leurs devoirs pendant la guerre, savoir : au soin des malades et à l'assistance dans les calamités publiques qui demandent, comme la guerre, un secours prompt et organisé »

Emploi des pansements antiseptiques. — « La conférence émet le vœu que les pansements antiseptiques soient introduits comme règle dans le service de toutes les armées en campagne ainsi que dans celui de toutes les sociétés de la Croix-Rouge. Il est à désirer que le personnel des infirmiers soit instruit de ce traitement en temps de paix ».

Appel aux médecins des armées non belligérantes. — Le congrès a adopté la proposition suivante : «Les gouvernements qui ont adhéré à la convention de Genève sont priés de s'entendre sur la proposition suivante, afin d'en faire un article additionnel à ladite convention :

« En cas de guerre, les puissances non belligérantes sont invitées à mettre à la disposition des parties engagées, pour soigner les blessés dans les hôpitaux, les médecins de leurs armées dont elles peuvent se passer sans que le personnel médical en souffre.

« Les médecins délégués seront placés sous les ordres du médecin de l'armée belligérante à laquelle ils seront attachés. »

— M. le professeur Ch. Robin, sénateur, et M. le docteur Goujon, maire du XIIe arrondissement de Paris, sont candidats aux élections sénatoriales qui doivent avoir lieu prochainement dans le département de l'Ain.

— DISTINCTION. — L'Académie royale de médecine de Belgique vient de décerner à M. le docteur Taguet, médecin en chef de l'asile des aliénés de Bordeaux, une mention honorable pour son travail sur l'alcoolisme, intitulé : *l'Ivrognerie tue plus de monde que les fièvres les plus meurtrières*.

R. F. D.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Oulmont, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur.

Les obsèques ont eu lieu le vendredi 19 septembre.

— Nous apprenons la mort de M. le docteur Chataignan, conseiller général de la Creuse, ex-chirurgien-major pendant la guerre 1870-71 et premier adjoint de la ville d'Aubusson.

Il était âgé de 38 ans. Les obsèques ont eu lieu le 19 septembre au Père-Lachaise.

— On annonce également la mort de M. le docteur Lebrun (de Beaumont-le-Roger).

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — La Faculté de médecine est autorisée à accepter :

1° Un legs de 40,000 fr. pour la fondation d'un prix biennal destiné au meilleur ouvrage relatif à l'*hygiène* ;

2° Un legs de 10,000 fr. pour la fondation d'un prix biennal destiné au meilleur ouvrage relatif à l'*histologie*.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE. — Par décision ministérielle du 31 août, M. le docteur Curtis (Charles-Ferdinand) est nommé, pour une durée de trois ans, prosecteur d'anatomie à la Faculté de médecine de Lille.

— Par décision ministérielle du 8 septembre, M. le docteur Baudry, agrégé près la Faculté de médecine de Lille, est maintenu, pour la durée de l'année scolaire 1884-85, dans les fonctions de chargé de cours de pathologie externe à ladite Faculté.

— Par décision ministérielle du 8 septembre, M. le docteur Dubar, agrégé près la Faculté de médecine de Lille, est maintenu, pour la durée de l'année scolaire 1884-85, dans les fonctions de chargé de cours de médecine opératoire.

— Par décision ministérielle du 8 septembre, M. le docteur Héricourt est autorisé à faire à la Faculté de médecine de Lille, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1884-85, un cours libre d'épidémiologie.

***

HÔTEL-DIEU. — M. le docteur Déjérine, médecin des hôpitaux, suppléant le professeur Vulpian à l'Hôtel-Dieu, fera des conférences cliniques le mercredi et le vendredi, à 10 heures du matin, dans la salle Saint-Denis. Le jeudi, à la même heure, clinique des maladies nerveuses.

COURS PARTICULIER DE TECHNIQUE MICROSCOPIQUE. — M. le docteur Latteux, chef du laboratoire de clinique chirurgicale de la Charité, a commencé le nouveau cours le jeudi 18 septembre, à 4 heures, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n. 5.

Ce cours essentiellement pratique est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses microscopiques qu'exige journellement la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition.

On s'inscrit chez le docteur Latteux, de 1 à 2 heures, rue Jean-Lantier, n° 4.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1884.

121. M. Coudray. Recherches sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques de la paraldéhyde. — 122. M. Prévost. Contribution à l'étude du centre moteur vertical du membre inférieur. — 123. M. Carbou. De la ponction et de l'incision dans l'hydarthrose chronique. — 124. M. Rivière. Du positivisme en médecine par la fonction nerveuse. — 125. M. Favrel. De la lymphangite dans les maladies de la peau. — 126 M. Renouard. Du lupus et de ses rapports avec la scrofule et la tuberculose.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 5 AU JEUDI 11 SEPTEMBRE 1884.

Fièvre typhoïde 41. — Variole 0. — Rougeole 26. — Scarlatine 2. — Coqueluche 9. — Dipthérie, croup 30 — Dysentérie 1. — Erysipèle 4. — Infections puérpérales 3. — Autres affections épidémiques 2. — Méningite (tubercul. et aiguë) 34. — Phthisie pulmonaire 202. — Autres tuberculoses 17. — Autres affections générales 74 — Malformation et débilité des âges extrêmes 50. — Bronchite aiguë 17 — Pneumonie 42. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 80, — au sein et mixte 37. — Inconnu 8. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 77. — de l'appareil circulatoire 57. — de l'appareil respiratoire 40. — de l'appareil digestif 64 — de l'appareil génito-urinaire 22. — de la peau et du tissu lamineux 4. — des os, articulations et muscles 5. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 1. — Epuisement 0. — Causes non définies 3. — Morts violentes 32. — Causes non classées 5. — Total de la semaine : 985 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

M. Préterre vient de présenter à l'Institut et à l'Académie de médecine la huitième édition considérablement augmentée de son travail sur le PROTOXYDE D'AZOTE. Cet ouvrage contient un exposé complet de toutes les méthodes d'anesthésie étudiées jusqu'à ce jour et le récit des expériences entreprises récemment pour démontrer la supériorité du protoxyde d'azote sur tous les moyens connus de supprimer la douleur.

DISEASES OF THE HEART AND THORACIC AORTA, by Byrom Bramwell, M. D., F. R. C. P. E. Un beau volume in-8 cartonné de 806 pages avec 317 illustrations. Young J. Pentland, publishers. Edimburgh.

De LA CIRRHOSE ALCOOLIQUE GRAISSEUSE, par le docteur H. Gilson, ancien interne des hôpitaux. Paris, 1884, in-8 de 89 pages. — Prix : 2 fr. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

LA GYMNASTIQUE. — Notions physiologiques et pédagogiques, applications hygiéniques et médicales, par A. Collineau, docteur en médecine, professeur aux cours normaux de la Société pour l'instruction élémentaire, etc. Paris, 1884, un vol. in-8 de 824 pages avec 136 fig. — Prix : 10 fr. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

LEÇONS CLINIQUES SUR LA DIPSOMANIE, faites à l'asile Sainte-Anne, par M. V. Magnan, recueillies et publiées par le docteur Marcel Briand. Brochure in-8 de 151 pages. — Prix : 2 fr. — LE PROGRÈS MÉDICAL, 14, rue des Carmes, Paris.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

55e année. 7e série. Tome Ier. N° 39 27 SEPTEMBRE 1884

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

ÉPIDÉMIOLOGIE

DE LA CONTAGION DU CHOLÉRA (1), par M. le Dr J. GRANCHER.

Je crois que si la contagion indirecte du choléra par l'air atmosphérique est possible dans certaines circonstances exceptionnelles, la contagion directe par les *ingesta* est certaine, qu'elle est la règle; et je voudrais chercher à le démontrer.

Les travaux de la conférence internationale de Constantinople en 1866 marquent le point précis de nos connaissances en épidémiologie sur la question du choléra, et les conclusions qu'elle a votées visent principalement deux doctrines aujourd'hui ruinées, celle de la naissance spontanée du choléra en dehors de son foyer d'origine et celle du transport des germes à grande distance par l'atmosphère.

Le choléra, dit la conférence, est *importé*; il se propage de foyers en foyers successifs. Partout où il éclate, il est apporté par l'homme dont il suit pas à pas les migrations sans jamais le précéder. Les déjections cholériques sont le réceptacle des germes morbides, etc., etc.

La contagion ou transmission directe, c'est-à-dire l'influence toute-puissante du contact de l'homme malade ou des objets souillés par ses déjections, est démontrée par des faits nombreux et précis. C'est une femme qui part d'Odessa où régnait une épidémie cholérique, traverse toute l'Allemagne, s'arrête à Altenbourg (en Saxe), y tombe malade et contamine sa famille, sa maison, puis la ville et les environs (Pettenkofer). C'est un maréchal des logis de la garde républicaine de Paris qui part en permission pour Chambly chez une grand'tante qui demeure près de la petite rivière de Lesche. Cet homme est atteint du choléra, et ses déjections jetées sur le fumier sont entraînées par la pluie jusque dans la rivière. Cent mètres plus bas vivait une famille qui se servait de l'eau de la rivière pour tous ses besoins. Deux enfants sont atteints du choléra, et l'un d'eux succombe en trente-six heures. C'est un laboureur de Moor-Moukton, à six milles de la ville d'York, où sévissait le choléra, qui tombe malade et meurt avec tous les symptômes cholériques. Autour de lui sa famille est frappée du même mal. Or cet homme n'avait pas quitté Moor-Moukton et l'on eût sans doute incriminé l'air, si une enquête approfondie, favorisée par un heureux hasard, n'était venue dévoiler le contact et ses agents. Le fils du défunt vivait à Leeds chez sa tante, cette dame venait de mourir du choléra, et tous ses effets non lavés avaient été envoyés au laboureur de Moor-Moukton.

Ces observations sont corroborées par d'autres observations qui font la preuve inverse. Celles-ci démontrent que, là où il n'y a pas contact, mais seulement voisinage, le choléra n'éclate pas. Dans un hameau composé de dix corps de bâtiment, trois seulement sont atteints. Les autres maisons, dont les habitants n'ont eu aucun rapport avec les familles frappées du

(1) Ce mémoire a été lu à la séance de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle du 23 juillet 1884.

FEUILLETON

Sur la géographie médicale

(A PROPOS DE QUELQUES TRAVAUX RÉCENTS.)

Suite. — Voir la page 414.

II. LES FONDATEURS DE LA GÉOGRAPHIE MÉDICALE.

Il en est de la géographie médicale comme de la plupart des autres parties de la médecine. C'est dans Hippocrate qu'on en trouve les premiers germes. Hippocrate a jeté la semence, laissant à ses successeurs le soin de faire pousser, se développer, fleurir et fructifier chaque branche de nos connaissances, jusqu'au jour où le fruit, se trouvant suffisamment mûri, sera recueilli au bénéfice de la science.

Dans son *Traité des airs, des eaux et des lieux*, celui qu'on s'accorde à appeler le père de la médecine a montré l'importance qu'avaient à ses yeux les conditions de terrain, d'exposition, de climat, de genre de vie, etc., sur la marche, la fréquence, la gravité et même la nature des maladies. Il compare d'abord l'état sanitaire des peuples de la Lybie et de l'Egypte (contrées qu'à la suite d'Homère et d'Hésiode Hippocrate rattachait à l'Asie) à l'état sanitaire des autres peuples de l'Asie, depuis l'extrême Orient jusqu'aux populations qui habitent près du *Palus Mœotides* (mer d'Azov) et jusqu'aux Macrocéphales qui vivent sur les bords du fleuve du *Phase* (aujourd'hui Rion, petit cours d'eau des provinces caucasiennes qui se jette dans la mer Noire). Hippocrate passe ensuite à l'étude des maladies des Européens, à commencer par les Scythes, et spécialement les Sauromates, sur lesquels il s'étend assez longuement, cherchant à expliquer par des raisons surnaturelles la fréquence de l'impuissance en Scythie et le grand nombre d'eunuques que l'on trouve dans ce pays. Hippocrate va plus loin; il montre l'influence qu'ont les institutions politiques d'un pays sur les habitants, ouvrant ainsi la porte aux futures recherches d'économie sociale.

Quand on relit ce traité, quelque progrès qu'aient fait nos connaissances, on reste stupéfait de cette sorte de prescience que pos-

fléau, sont restées indemnes. Or, de ces trois corps de bâtiments qui ont été visités par le choléra, les numéros 1 et 2 sont voisins et les malades du numéro 1 ont été soignés par les habitants du numéro 2. Le numéro 3 est au contraire à l'autre bout du village, mais il est occupé par la femme Burette qui est venue dans le corps de bâtiment numéro 2 laver le linge des cholériques (Huette).

Pendant l'épidémie de 1865, la Sicile et Messine échappent au fléau en prenant des mesures rigoureuses d'isolement et malgré le passage incessant, près des côtes, de bateaux contaminés.

Les lazarets, refuge des cholériques en quarantaine, qu'on accusait à tort de souiller l'atmosphère et d'infecter le port à distance, ne méritent pas ce reproche. Partout où l'enquête a été bien conduite, elle a pu démontrer la violation du règlement et la mise en contact du lazaret et de la ville par les suspects ou leurs gardiens.

La doctrine de l'importation *humaine* du choléra d'un lieu à un autre, c'est-à-dire la nécessité du *contact des choses* pour l'éclosion d'un nouveau foyer, est donc solidement établie par les épidémiologistes, et ce sera l'honneur de la conférence de Constantinople et de son éminent rapporteur M. Fauvel d'avoir fait la lumière sur ce point et d'avoir protégé longtemps l'Europe contre l'invasion du choléra.

Mais les mêmes médecins qui ont eu le mérite de démontrer la nécessité du contact pour la régénération du choléra et de faire entrer cette doctrine dans la pratique, l'abandonnent quand il s'agit d'expliquer, pour un foyer circonscrit, la contamination d'homme à homme. L'air, innocent tout à l'heure, devient ici dangereux; la conférence de Constantinople le dit expressément : « L'air ambiant est le véhicule principal de l'agent générateur du choléra pour les distances rapprochées du foyer d'émission. » Et M. Proust : « Le miasme cholérique paraît volatil ; il se mêle à l'air ambiant qui semble être son véhicule principal, et il conserve toute son action dans un air confiné ».

Cette proposition et son corollaire, à savoir la pénétration des germes morbides par l'appareil respiratoire, a une telle importance, elle tend à provoquer des mesures de prophylaxie si différentes de celles qui conviennent à la transmission par contact et, pour tout dire, elle nous laisse si désarmés devant le fléau, que nous avons le devoir de chercher sur quelles preuves elle s'appuie et, si nous ne trouvons pas ces preuves suffisantes, de nous en tenir à ce que nous savons être certain, à ce qui ne fait doute pour personne, à ce que la conférence de Constantinople a établi, la doctrine de la *contamination directe* par contact de l'homme ou des objets.

Les raisons invoquées en faveur de la transmission du choléra par l'air sont les suivantes :

1° La dissémination rapide dans une localité atteinte;

2° La simultanéité d'un grand nombre d'attaques dans une agglomération, alors qu'un contact médiat ou immédiat n'a pas été possible;

3° L'influence générale qui en temps d'épidémie pèse plus ou moins sur les individus vivant dans le foyer.

Aucune de ces raisons ne semble faite pour entraîner la conviction; examinons-les l'une après l'autre.

1. La dissémination rapide dans une localité est loin d'être un fait constant, et les dernières épidémies, l'épidémie actuelle et toute l'histoire de la marche du choléra dans les villages ou les hameaux nous parlent au contraire en faveur de la doctrine du contact. On y peut suivre un à un les cas de choléra dans la famille, la maison, la ville.

2. La simultanéité d'un grand nombre d'attaques dans une agglomération ne prouve pas que l'air soit le véhicule du contage. On cite le fait de Soliès-Pont, petite ville des environs de Toulon où le choléra fut importé par un malade de la ville et où, dans une seule nuit, plus de soixante personnes furent atteintes. De même à Madrid, en 1865, l'éclosion du choléra fut brusque et le fléau toucha la même nuit presque toutes les maisons d'une rue. Et d'incriminer l'air! Mais a-t-on fait à Soliès-Pont et à Madrid une enquête approfondie sur la distribution et la pureté des eaux ou des aliments? Que la source, le puits, la fontaine où s'abreuve la population d'une ville, d'une rue, soit souillée par une seule déjection cholérique, et l'intervention de l'air-véhicule est inutile pour comprendre la simultanéité et le nombre des attaques. Tout s'explique alors comme dans le cas de Snow où, dans Broad-Street exclusivement, furent atteintes les personnes qui avaient bu l'eau d'un puits souillée par les infiltrations d'un égout.

A-t-on assez réfléchi, avant d'abandonner la doctrine de la contagion par les choses, à tous les contacts directs ou indi-

---

sédait Hippocrate et du soin qu'il apportait dans ses observations et dans les déductions pratiques qu'il en tirait.

Les successeurs directs d'Hippocrate n'oublièrent pas les conseils de leur maître, et dans la collection des livres dits hippocratiques, qui sont reconnus apocryphes ou plutôt émanés de la plume de ses disciples, on retrouve la trace des indications qu'Hippocrate avait données. Il suffit de se reporter au traité de *Régime* (au commencement du second livre) pour constater le soin avec lequel les élèves d'Hippocrate suivaient les leçons du maître.

Plus tard Celse, qui écrivit au premier siècle de notre ère, reconnut aussi que l'art médical doit se modifier avec les pays. Il affirme en effet, dans la préface de son premier livre, que « les méthodes de traitement (ou les genres de médecine) diffèrent suivant les régions (*pro naturâ locorum*) et ce qui réussit à Rome ne conviendrait pas toujours ni en Egypte ni dans la Gaule. » (1).

Athénée (de Cilicie), qui vint après Celse, émit aussi des considérations étendues, intéressantes et utiles sur les diverses localités (1).

Rufus d'Ephèse admit après Hippocrate l'importance de la nature des eaux d'un pays sur les maladies. On distinguait dès lors les eaux en eaux dormantes, eaux de sources, eaux courantes, eaux de pluie ou de neige.

Asclépiade (de Bithynie), qui vivait dans le dernier siècle avant notre ère, et plus tard Cœlius Aurelianus, qui vécut peu après Galien (il était né vers l'an 230 après Jésus-Christ), remarquèrent chacun de leur côté que « la saignée était nuisible dans les pleurésies à Rome et à Athènes, parce que le vent du Midi régnait habituellement dans ces localités ». (V. Daremberg, *Œuvres choisies d'Hippocrate*, 2e édition, p. 301-302).

Galien vint, au deuxième siècle de notre ère, qui affirma que les conditions régionales avaient autant d'importance pour le pronostic des maladies que les conditions individuelles, tempérament, âge, alimentation, etc.

(1) « *Differre quoque pro naturâ locorum genera medicinæ; et aliud opus esse Romæ, aliud in Ægypto, aliud in Galliâ.* »

(1) Oribase. *Collection médicale*, édition Daremberg, t. II, page 302.

rects que subissent à leur insu tous les habitants d'une ville où la distribution des eaux, du lait, du pain, où le service des marchés, des blanchisseries, des voitures, où les relations de la rue, de l'omnibus, etc., deviennent, en temps d'épidémie, autant de sources de contagion? Comment s'étonner que, dans une ville comme Paris, des habitants de quartiers éloignés soient frappés simultanément, quand le même contage peut leur être distribué à la même heure par tel on tel des services communs nécessaires à la vie d'une cité?

Enfin la recrudescence de l'épidémie dans une ville après un orage ou par certains vents humides s'explique tout aussi bien, mieux même, dans la théorie de Pettenkofer et de Koch par la culture intensive ou la dissémination des germes dans le sol et dans l'eau que par leur transport dans l'air.

En conséquence, le second argument invoqué en faveur de la nocuité de l'air atmosphérique, à savoir la simultanéité des attaques de choléra, ne saurait me convaincre.

3° Reste l'influence, le génie épidémique, qui se traduirait par des indispositions et des diarrhées chez un grand nombre de personnes. Mais dans quelle proportion ces diarrhées et ces indispositions augmentent-elles réellement? Comment faire la statistique et le classement de tous ces cas si nombreux qu'on méprise en temps ordinaire, qu'on exagère en temps d'épidémie, pour lesquels on appelle son médecin en toute hâte et qui guérissent spontanément? Que sont ces diarrhées par rapport au choléra? Si l'influence épidémique était portée par l'atmosphère, il faudrait en faire des cas de choléra avorté ou atténué. Où sont les preuves? Et quelle est la part de la peur?

Ce que nous appelons influence ou genèse épidémique en matière de choléra est une chose vague, non démontrée, qui autorise toutes les discussions scolastiques, mais qui ne permet aucune affirmation pour ou contre la nocuité de l'air.

A toutes ces incertitudes s'ajoutent les dissidences des partisans de la contagion par l'air sur l'étendue de la zone atmosphérique contaminée. Griesinger calcule que la nocuité de l'air diminue avec le carré de la distance; M. Fanvel estime que la zone dangereuse ne s'étend pas au delà de 100 mètres et M. Laveran que le contage peut être emporté jusqu'à un ou deux milles du foyer.

Qui croire? Et quelles sont les preuves à chacune de ces affirmations?

Concluons : La dissémination des germes cholériques dans l'air n'a jamais été prouvée directement, et les faits invoqués en faveur de cette théorie sont passibles d'une autre interprétation et n'ont même pas la valeur de preuves indirectes. Rien ne nous autorise à affirmer que, dans une atmosphère confinée, l'air est le véhicule et le poumon la porte d'entrée du contage cholérique.

Au contraire, si nous appliquons aux faits dont nous sommes témoins la doctrine du contact, si bien démontrée pour la propagation de l'épidémie à de grandes distances, nous comprenons beaucoup mieux la filiation des cas.

Un cholérique arrive dans un village sain et contamine d'abord sa famille, puis ses voisins, puis la ville et ses environs, telle est la règle; et rien à mon sens ne prouve mieux l'influence toute-puissante du contact qui s'exerce d'individu à individu comme de foyer à foyer. M. Proust rapporte le fait suivant, d'où il résulte que dans une salle d'hôpital les choses se passent comme dans une maison. Dans l'épidémie de 1865, un cholérique est admis à la Charité, à la salle commune Saint-Charles, n° 5. Le soir même, on le transporte dans la salle des cholériques. Le lendemain de son départ, son voisin immédiat de lit, le n° 6, est pris de choléra; on l'installe dans la salle des cholériques. Le surlendemain, c'est au tour du n° 7, et ainsi de suite jusqu'au n° 16. On remarquera la *direction* de cette contagion, de lit à lit, dans un ordre déterminé, qui se trouve être précisément, d'après l'enquête que j'ai faite, l'ordre de service de la literie et des repas. Ne peut-on pas, à bon droit, incriminer ici l'infirmière ou la sœur qui, venant de toucher le cholérique du n° 5 et passant au n° 6, souillait ses linges ou ses aliments?

Dans les épidémies de maison, quand on accuse, et à bon droit, les fosses d'aisances de favoriser la propagation du mal, on invoque les exhalaisons de ces fosses. Mais dans une maison ou une caserne mal tenue et contaminée les conduites des eaux ménagères et des vidanges, en continuité parfaite d'étage à étage, forment une sorte de tube de culture ramifié où les germes peuvent se développer à l'aise dans la nappe humide qui baigne la surface des conduits. Il n'est donc pas nécessaire que la cuvette des cabinets du premier étage ait été directement souillée par les projections ou selles d'un cholérique. Elle peut recevoir le germe des étages voisins. Et quand

---

Au quatrième siècle, Antyllus, dans le premier livre de son traité *de Auxiliis* (V. la *Collection médicale d'Oribase*, traduction Daremberg, t. II, p. 301), a consacré un chapitre à l'étude des petites localités considérées en elles-mêmes.

Sabinus (dans la même collection) a envisagé, ajoute Daremberg, cette question sous presque tous les points de vue.

Paul d'Egine, qui est du VII° siècle, reproduisit à peu près les idées d'Hippocrate et de ses successeurs sur l'importance des eaux dans l'hygiène.

Nous arrivons à Avicenne, né en 978, mort en 1037, qui résuma toutes les observations de ses devanciers sur ce sujet et en ajouta « quelques-unes qui lui sont propres ».

Enfin le Grec Actuarius, qui vivait vers le XII° ou XIII° siècle, ne fit guère que répéter Galien, Paul d'Egine et les autres auteurs grecs.

Puis il nous faut descendre jusqu'à la Renaissance pour retrouver des médecins studieux qui se préoccupent de l'influence des conditions de milieu, de terrain et de climat sur la production et sur l'allure des maladies. Et encore les rares auteurs qui ont signalé cette influence, comme Ambroise Paré, n'ont-ils rien ajouté de neuf à ce que les médecins de l'antiquité avaient déjà dit.

Ce n'est guère qu'à partir du XVIII° siècle que nous trouvons des travaux spéciaux consacrés à l'étude de ces questions.

Dès lors, les fondements de la géographie médicale ont été creusés, les premières pierres ont été posées, il va falloir que l'on recueille des matériaux avant de songer à former un plan qui servira ensuite à bâtir l'édifice. Commençons donc par signaler les médecins qui ont ramassé ces matériaux :

Cartheuser (Jean-Frédéric), né en 1704, dans le comté de Stolberg (d'après les Recueils biographiques, qui ne semblent pas se douter qu'il y a eu plusieurs comtés de Stolberg), mort à Francfort-sur-l'Oder en 1777, fut reçu docteur à Halle. Il se voua à l'enseignement et fut d'abord professeur de chimie, de pharmacie et de matière médicale à Francfort-sur-l'Oder. En 1744, il succéda à Gœlicke dans la chaire d'anatomie et de botanique. Enfin J.-F. Cartheuser remplaça de Bergen comme professeur de pathologie et de thérapeutique. Ayant touché à tant de branches des sciences médicales, ses ouvrages sont aussi divers que nombreux. Nous ne relèverons que les deux suivants : 1° *Dissertatio I et II de morbis*

un individu pénètre dans des latrines humides et mal tenues, directement ou indirectement contaminées, il lui est difficile, quelque précaution qu'il prenne (et il n'en prend pas beaucoup) de ne pas souiller ses mains ou ses vêtements. Pourquoi donc faire intervenir des exhalaisons désagréables, mais peut-être inoffensives, quand le contact, certainement dangereux, est si facile qu'il est presque inévitable ?

Il est démontré que l'eau, le lait, nos aliments, peuvent être le véhicule du germe. Que l'on songe à toutes les causes d'infection auxquelles est exposée la tasse de lait que nous buvons, et ni le nombre ni la simultanéité des cas ne sauront désormais nous étonner. Le lait peut être souillé par la main qui le trait, par les eaux de provenance diverse que le vendeur et ses intermédiaires y versent, par le vase qui le contient, par les mains de la cuisinière qui le prépare, par la tasse où nous le buvons, par nous-mêmes enfin si nos mains sont contaminées. Appliquez ces réflexions à tous nos aliments, et vous vous demanderez plutôt comment on échappe à une épidémie de choléra que comment on y succombe.

La contagion par les choses suffit donc à expliquer la propagation du choléra dans la famille, dans la maison, dans la caserne et dans la ville. Sans doute l'évidence du contact diminue à mesure que la contamination s'étend et que le foyer s'agrandit, et la piste devient impossible à suivre pour chaque cas particulier. Comment, par exemple, est-il possible de suivre le trajet d'un micro-organisme porté par une mouche ou déposé sur un fruit ? De plus, est-il donc toujours possible de prouver le contact par le transport à distance d'un foyer à un autre foyer ? Connaissons-nous par exemple le véhicule, homme ou bateau, du choléra qui sévit actuellement à Toulon ? Vient-il seulement de la Cochinchine ou de l'Egypte ? Autant de questions restées insolubles, malgré l'enquête si attentive de MM. Brouardel, Proust et Rochard.

Et cependant personne, ou presque personne, ne doute de l'importation du choléra à Toulon.

Le laboratoire a cela de bon et de supérieur qu'il permet de créer de toutes pièces les circonstances qui entourent un fait scientifique, et, en conséquence, de simplifier le problème en le réduisant à ses termes nécessaires.

Avant les travaux de M. Pasteur sur le charbon, tous les vétérinaires acceptaient comme article de foi la contamination par l'air d'un troupeau vivant dans une étable où le charbon s'était déclaré. Déjà cependant une expérience bien simple, faite par la commission médicale d'Eure-et-Loir et, depuis, souvent reproduite, suffit pour prouver l'innocuité absolue de l'air. Qu'on mette dans la même étable deux troupeaux, séparés par une double claire-voie destinée à empêcher tout contact direct entre eux. L'un de ces troupeaux a le charbon et l'autre est sain. Dans ces conditions, on ne verra jamais une bête du troupeau sain prendre le charbon. Il faut le contact, l'inoculation par l'animal ou par les aliments souillés.

De même, les chirurgiens et les accoucheurs ont cru longtemps que l'air était l'agent responsable de leurs désastres opératoires. Ils savent aujourd'hui que si la contamination d'une plaie par l'air est possible, la contamination par les objets, par leurs mains, par les pièces de pansement, par l'eau impure, est autrement fréquente et redoutable.

L'histoire de la contagion de la fièvre typhoïde nous donne le même enseignement, et plus nos connaissances se précisent, plus il nous apparaît que le rôle pathogénique de l'air a été singulièrement exagéré.

On sait très positivement en effet que l'air même impur de nos rues contient beaucoup moins d'organismes que l'eau la plus limpide de nos rivières et canaux, ou que le sol, ou que la surface des objets. Mille expériences le prouvent surabondamment. C'est dans l'eau, dans les liquides alcalins, dans le sol humide, que vivent les microbes inoffensifs ou nuisibles. L'air contient surtout des spores ou graines légères et pulvérulentes, ordinairement inoffensives. Mais la sporulation d'un micro-organisme exige des conditions multiples de température et de milieu que nous ne connaissons pas toujours et qu'il est impossible souvent de réaliser ; au contraire, la génération par bourgeonnement ou scissiparité est le mode habituel de reproduction.

Cela dit, et sans rien préjuger de la destinée qui attend sur ce point les travaux récents de M. Koch, j'accepte, pour les besoins de ma cause, que M. Koch a vu dans l'intestin le microbe du choléra.

Ce micro-organisme se reproduirait par scissiparité, et ne pourrait résister à la dessiccation, de sorte que les déjections d'un cholérique sèches et pulvérulentes pourraient flotter dans l'air sans danger.

En revanche, le bacille en virgule vivant à merveille dans

---

endemicis, 1768, in-4. — 2° *Libellus de morbis endemicis*, in-4, 1771.

Lind (James), médecin de la marine anglaise, reçu docteur à Edimbourg en 1748, mort à Gosport le 13 juillet 1794, débrouilla d'abord l'étude du scorbut (Edimbourg, 1753, 3 vol.). Puis, après avoir, en 1757, fait paraître un *Essai sur les moyens de préserver la santé des marins sur les navires*, il publia en 1768 un *Essai sur les maladies des Européens dans les pays chauds et sur les moyens d'en prévenir les fâcheuses conséquences*, livre qui fut traduit en allemand par Petzold (1775) et en français par Thion de La Chaume (Paris, 1785, 2 vol. in-12). Beaugrand juge ainsi ces trois ouvrages de Lind : « A part quelques explications humorales, sacrifice indispensable aux idées du temps, le *Traité du scorbut* est encore aujourd'hui l'une des meilleures monographies que l'on possède sur ce sujet.

« Dans son *Essai sur les maladies des Européens dans les pays chauds*, il insista beaucoup sur les effets nuisibles de l'air marécageux et montra les dangers de la saignée dans les fièvres de ces régions. Son Traité sur les maladies des gens de mer a rendu d'immenses services à la marine et peut être mis à côté du célèbre ouvrage de son compatriote et contemporain John Pringle sur les maladies des armées (1). »

Finke (Léonard-Louis), né le 24 octobre 1747 à Cappeln, port danois sur la mer Baltique, à 27 kilomètres nord-est de Sleswig, publia un Essai en trois volumes in-8 d'une Géographie générale médico-pratique dans laquelle est exposée la partie historique de la médecine indigène des peuples et des Etats (Leipzig, 1792-1793). « Cette excellente géographie médicale, disent Bayle et Thillaye, n'a point encore été surpassée. Il serait à désirer qu'on la transportât dans notre langue : quelques arrangements et des annotations la mettraient facilement en harmonie avec les idées nouvelles. »

Schnurrer (Friedrich), né à Tubingue en 1784, mort à Biberich en 1833, a laissé les deux ouvrages suivants : 1° *Geographische Nosologie, oder die Lehre von den Veränderungen der Krankheiten in den verschiedenen Gegenden der Erde, in Verbindung mit physischer Geographie und Naturgeschichte des Menschen*. Stutt-

(1) *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 2e série, t. II.

l'eau, le lait, le sol, etc., et s'y reproduisant, le contact direct ou indirect des déjections cholériques humides avec nos boissons ou aliments serait très dangereux.

Si cela est vrai, le bacille du choléra, comme presque tous les organismes adultes qui se reproduisent par scissiparité, est sûrement détruit par l'ébullition des liquides qui le contiennent. La cuisson pour les aliments, l'ébullition pour les liquides leur confère une innocuité absolue.

Si le germe du choléra ne pénètre dans notre organisme ni par la peau ni par le poumon, comme il est probable, mais seulement par les voies digestives, nous pouvons assez bien nous défendre, et par des mesures assez simples. Car le contact du cholérique n'est pas dangereux par lui-même ; ce qui est dangereux, c'est, quand on a souillé ses mains, de ne pas les laver et les désinfecter soigneusement. Ce qui est dangereux, c'est de boire ou de manger des aliments contaminés.

Que dans certaines circonstances, comme l'écrivait récemment M. Pasteur, les germes du choléra à demi desséchés et encore vivants soient pris et véhiculés dans l'air et que, déposés sur nos muqueuses, ils puissent y pulluler et donner le choléra, la chose est possible, probable même, mais assurément exceptionnelle, et ce mode de contagion ne serait possible que dans un voisinage presque immédiat.

Je n'entends donc pas affirmer que les germes morbides du choléra ne puissent jamais se rencontrer dans l'air, vivants encore et dangereux. Mais il me semble que les enseignements du laboratoire qui viennent corroborer ceux de l'observation médicale nous autorisent à renverser la proposition aujourd'hui classique et à dire :

La contagion indirecte du choléra par l'air atmosphérique est possible dans certaines circonstances exceptionnelles ; la contagion directe par les *ingesta* est certaine, elle est la règle. Commençons par nous garantir contre elle.

A mon sens, l'Académie a sagement fait en rejetant les quarantaines terrestres comme impraticables et les pulvérisations désinfectantes comme inefficaces et illusoires. Elle a sagement proclamé l'efficacité d'une prophylaxie individuelle, aidée et surveillée par une administration vigilante.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

APHASIE TRANSITOIRE TOXIQUE, par M. le docteur DUNOYER (1).

Depuis les travaux de Broca, l'aphasie dépendant de lésions graves du cerveau est bien connue.

On a moins étudié l'aphasie transitoire qui se montre dans le cours de certaines affections et qui disparaît avec la maladie qui en était l'origine.

Toutefois on a publié des cas d'aphasie survenant dans la paralysie générale, l'épilepsie, l'hystérie et aussi dans la migraine.

On en a noté également des exemples dans la goutte et le rhumatisme.

Enfin on voit qu'elle se produit parfois dans les fièvres graves et en particulier dans le cours de la fièvre typhoïde chez les enfants.

Aujourd'hui je désire vous entretenir d'un cas d'aphasie transitoire survenu à la suite de l'ingestion de la santonine :

Il y a quelques mois, je donnais mes soins à une jeune fille de 20 ans atteinte de tuberculose pulmonaire. Elle en était arrivée à la période ulcéreuse. Désolée de voir que les divers médicaments que j'avais prescrits n'amélioraient en rien son état, elle eut un jour l'idée que sa maladie pouvait dépendre de la présence de vers dans son intestin. Sans m'en rien dire, un matin, vers six heures, elle avale deux dragées de santonine (chaque dragée contenait 2 centigr. 1/2 de santonine). Il était neuf heures environ ; au moment de ma visite, je trouve la malade assise sur son lit, le regard étonné. Aux diverses questions que je lui adresse, elle répond invariablement par le mot : « Mais... », répété deux ou trois fois et suivi d'une mimique et de gestes qui indiquent l'impatience qu'elle éprouve à ne pouvoir s'exprimer. Je songe alors à une lésion tuberculeuse du cerveau. Mais les mouvements des membres supérieurs et inférieurs sont aussi parfaits à droite qu'à gauche, ainsi que la sensibilité ; pas de déviation de la face, ni de la langue, ni des yeux ; les pupilles sont égales et contractiles ; le pouls un peu fréquent et nerveux ; la température est normale. Impossible de tirer aucun renseignement de la mère de la malade. Je prescris des sinapismes sur les membres inférieurs.

Le lendemain, la malade parlait. Elle me raconte que peu de

(1) Lu au congrès de l'Association pour l'avancement des sciences.

gart, 1813, gr. in-8. 2o *Die geographische Verbreitung und Ursachen des Wechselfiebers*. In HEUSINGER'S ZEITSCHR. F. ORGAN. PHYSIK., Bd II, p. 599, 1828 (Trad. française in JOURN. DES PROGR. DES SC. MÉD., 2e série, t. II, p. 233, 1830).

(A suivre.)

D[r] ALBERTUS.

— ALLEMAGNE. — L'administration de la guerre vient de prendre des mesures excellentes pour l'hygiène des troupes. Le commandant du 8e corps d'armée a prescrit pendant l'absence des troupes la formation dans chaque salle de garnison d'une commission sanitaire constituée du plus ancien officier, du médecin militaire chef et du fonctionnaire représentant dans la place l'administration.

Cette commission aura pour mission de visiter les locaux de casernement et de délibérer sur toutes les mesures propres à assurer leur nettoyage, leur assainissement ; elle proposera aussi toutes les mesures qu'elle jugera bonnes pour assurer à l'intérieur une meilleure distribution des soldats. Il lui est recommandé de porter principalement son attention sur les latrines et les écuries. Enfin elle devra veiller à ce que, malgré la présence des hommes de la réserve convoqués, chaque chambre reste inoccupée au moins quatre jours et qu'elle soit ouverte ce laps de temps pour y faire pénétrer l'air et le soleil.

Par mesure de précaution spéciale vis-à-vis le choléra, il faudra étudier la composition des eaux dont font usage les hommes, et s'assurer qu'elles ne reçoivent pas d'infiltration des fosses d'aisances ou d'autres dépôts d'immondices. Enfin on s'occupera des moyens les plus propres à faciliter les évacuations de malades des casernes sur l'hôpital des cholériques. Il faudra faire connaître si l'organisation d'un service de voitures ne serait pas indispensable.

A Mayence, l'administration, toujours par crainte du choléra, a résolu d'améliorer l'alimentation des troupes. Son attention s'est portée sur le pain de table qui, désormais, sera composé d'une plus forte proportion de farine de première qualité.

temps après la prise des deux dragées elle a vu les objets en jaune et au même moment il lui a été impossible de parler. Elle se souvient très bien de m'avoir vu, des questions que je lui ai posées et de tout ce qui s'est passé pendant qu'elle était dans cet état. Enfin elle m'apprend qu'une heure environ après ma visite elle a cessé de voir jaune et qu'aussitôt elle a recouvré la parole. Pendant toute la durée de cette intoxication, elle n'éprouvait autre chose que l'ennui de ne pouvoir parler et se faire comprendre.

Elle vécut encore quinze jours sans présenter rien de particulier et mourut dans une asphyxie lente.

Cette observation montre bien clairement que l'aphasie s'est produite sous l'influence toxique de la santonine. Cette aphasie a été passagère comme l'action elle-même du poison.

Elle prouve une fois de plus que la santonine exerce une action marquée sur le système nerveux central, et on peut la ranger à côté des phénomènes déjà connus produits par l'alcaloïde du semen-contra (vision jaune, vision violette, hallucinations de la vue, mydriase; perversion du goût, de l'odorat, surdité; épisthotonos; convulsions; propension à marcher à reculons).

Enfin, tout en voulant bien reconnaître que notre malade est un exemple curieux d'idiosyncrasie pour ce qui est de la santonine (la dose de 5 centigrammes absorbée est insignifiante), je crois néanmoins que cet alcaloïde doit être manié avec prudence, afin d'éviter des troubles sinon graves, du moins fort pénibles pour les malades qui en sont affectés.

REVUE DE DERMATOLOGIE

I. UN CAS DE PEMPHIGUS AIGU. — II. LE MICROBE DES SUEURS ROUGES. — III. L'URTICAIRE PROVOQUÉE PENDANT L'ANESTHÉSIE. — IV. ETIOLOGIE DE L'ACNÉ. — V. TRAITEMENT DU LICHEN RUBER. — VI. LE BACILLE DE KOCH DANS LES GOMMES SCROFULEUSES. — VII. NATURE ET TRAITEMENT DE LA SCARLATINE.

I. A l'appui de l'opinion de Baerensprung, de Cantani et de Barduzzi, qui font du pemphigus aigu une maladie infectieuse, le docteur Badaloni en a cité un cas survenu chez une jeune fille de 12 ans robuste et bien portante (1). A peine guérie d'un phlegmon de la joue droite, elle commença à ressentir des maux de tête, une lassitude extrême, un malaise général avec anorexie. Au bout de trois ou quatre jours, elle fut prise le soir d'un accès de fièvre avec frissons qui se répétèrent pendant la nuit. Le matin, on constatait la présence d'une éruption bulleuse sur tout le corps. Il y avait de la photophobie, de la fièvre; la rate était volumineuse; les urines, rares, présentaient des traces d'albumine. Un grand nombre de bulles, tendues, à contenu transparent, d'une grosseur variant d'un petit pois à une grosse noix, occupaient le dos dans presque toute son étendue, les cuisses, le pied gauche, les bras, le cou, la face et le côté gauche de la poitrine et de l'abdomen. Entre les bulles et surtout vers la région mammaire droite, on voyait des taches d'un rouge pâle, avec démangeaisons. Sur ces taches apparurent bientôt de nouvelles bulles identiques aux premières. Le liquide des bulles ne contenait aucune trace d'ammoniaque, comme Bamberger l'avait signalé. De nouvelles bulles se formèrent pendant quatre jours encore; le liquide, d'abord séreux, finit par devenir purulent. Application de diachylon phéniqué, bains froids partiels. A l'intérieur, citrate de magnésie. La fillette était guérie au bout de vingt jours et n'offrait plus que des taches rougeâtres sur l'emplacement des bulles.

II. En Allemagne, Hoffmann et Pick avaient les premiers démontré que la sueur rouge est produite par le développement de microbes qui s'attachent aux poils des aisselles en formant des masses glutineuses et jaunâtres. Ces recherches ont été complétées depuis par Eberth et surtout par V. Babes (JOURNAL DE L'ANATOMIE ET DE LA PHYSIOLOGIE, n° 1, 1884).

MM. F. Balzer et T. Barthélemy viennent de reprendre cette question (1). Ils ont constaté que les sueurs rouges s'observent surtout chez les individus lymphatiques ou arthritiques sujets à des sueurs abondantes. Un grand nombre de poils ont été examinés au laboratoire de l'hôpital Saint-Louis. Après les avoir dégraissés dans l'alcool, on les a préparés à l'aide de différentes méthodes. Quelques-uns ont été mis immédiatement dans la glycérine ou dans le baume. D'autres ont été placés dans diverses matières colorantes : violet, éosine, bleu de quinoléine, etc. En somme, l'examen peut très bien se faire dans la glycérine sans coloration préalable. On voit à un faible grossissement que les poils sont engainés dans des masses jaunes ou rougeâtres plus ou moins épaisses, qui leur forment parfois un revêtement continu. Le plus souvent, ces masses sont séparées par des intervalles dans lesquelles le poil est à nu, d'où l'aspect noueux qu'il présente. Quelquefois il n'y a qu'une mince nappe rougeâtre à la surface du poil. Dans d'autres cas, les masses parasitaires sont agglomérées et superposées de manière à faire disparaître les poils dans une certaine étendue. Ces masses présentent des stries rayonnantes qui convergent vers le poil. A un fort grossissement, on voit très nettement que les stries sont formées par des chaînettes de *micrococci* ronds ou elliptiques. Ces micrococci sont plongés dans une substance amorphe et homogène qui n'est autre chose que leur glaire et qui les agglutine en *zooglée*. Cette substance glaireuse est colorée et contribue à donner aux masses parasitaires leur coloration spéciale. Ce n'est pas seulement sur les poils que l'on voit ces microbes, on les retrouve par le raclage à la surface de l'épiderme, dans l'épaisseur duquel ils ne pénètrent pas cependant. On les voit aussi en examinant le linge coloré par la sueur.

L'abondance de la transpiration favorise la multiplication des microbes rouges, mais n'entraîne pas fatalement leur production. Il est vraisemblable que la composition de la sueur a sous ce rapport une grande importance.

Les sueurs rouges ne se produisent pas seulement dans l'aisselle; en examinant après raclage l'épiderme des régions inguinale et périnéale, on a trouvé des zooglées semblables. MM. Balzer et Barthélemy en ont même observé autour des poils de la barbe chez certains sujets.

Jusqu'à présent les zooglées de la sueur rouge ont paru résister aux agents les plus énergiques et aux soins de toilette les plus minutieux. Il est important de savoir que cet état semble résulter souvent de conditions générales de fatigue ou de débilité qui provoquent des sueurs abondantes. Les sueurs rouges ne constituent d'ailleurs qu'une incommodité habituel-

(1) IL MORGAGNI, juillet 1883, et GIORNALE ITALIANO DELLE MALATTIE VENEREE E DELLA PELLE, de décembre.

(1) ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE du 25 juin 1884.

lement peu gênante. Ce n'est que dans les cas très intenses qu'elles s'accompagnent d'érythème, de démangeaisons désagréables, et qu'elles deviennent, à cause de l'odeur qu'elles répandent, un sujet de préoccupation pour les personnes qui en sont affectées.

III. Le professeur J. Caspary, de Kœnigsberg, ayant à soigner (1) un jeune homme de 26 ans, assez robuste et en proie depuis quelques années à de tels accès d'urticaire qu'il était devenu très nerveux et facilement irritable, a eu l'idée d'étudier comment se comporterait, sous l'influence de l'anesthésie, l'urticaire artificielle que l'on provoquait très facilement chez ce jeune homme par la pression de l'ongle sur la peau. — Sous l'action générale du chloroforme, le phénomène se produisit rapidement. — L'anesthésie locale par la glace ou la pulvérisation d'éther retardait naturellement l'apparition du soulèvement de la peau; mais à peine la circulation superficielle s'était-elle rétablie que le soulèvement se produisait, avec cette particularité que l'érythème *à frigore* n'était pas précédé de la rougeur initiale.

IV. M. Henry G. Piffard, de New-York, a cherché à élucider la question de l'étiologie de l'acné (2). Cette affection inflammatoire des glandes sébacées a été attribuée par Erasmus Wilson à un trouble de l'innervation cutanée, à une congestion partielle des téguments, à une torpeur de la circulation capillaire, à l'aménorrhée, à la pléthore générale, ou encore à la pléthore localisée qui accompagne la ménopause. M. Piffard est amené à grouper les causes de l'acné en quatre grandes classes : 1° les irritations locales ; 2° les troubles digestifs ; 3° la masturbation ; 4° les troubles utérins.

V. M. le docteur Bockhart, dans le traitement du *lichen ruber*, s'est servi à la Clinique de Wurzbourg et a eu à se louer (3) de l'onguent suivant, dont la formule a été empruntée à M. Unna :

Rec.	Onguent diachylon...	500 parties
	Acide carbolique.....	20
	Sublimé corrosif.....	0,50

F. s. a.

On en étend plusieurs fois par jour sur toutes les régions atteintes, et par l'emploi de ce seul topique la maladie guérit au bout de huit à vingt jours. Il n'est aucunement besoin d'employer simultanément un traitement interne, et en particulier les préparations arsenicales.

VI. M. E. Besnier avait déjà émis l'opinion (4) que la clinique, autant que l'anatomie pathologique, prouvait clairement la nature tuberculeuse des gommes scrofuleuses, bien que, jusqu'à ce jour, on n'eût pas démontré dans ces lésions la présence du bacille caractéristique de la tuberculose.

M. C. Pellizari, de Florence, ayant rencontré un exemple de cette affection, a entrepris des recherches dont voici les résultats (5):

Une fillette de 9 ans présentait, outre un lichen, des abcès scrofuleux de la main droite avec trajets fistuleux conduisant jusque sur les os du métacarpe, plusieurs intumescences de grandeur variable sur la face, spécialement sur les joues, près de l'œil et de l'oreille du côté gauche, au-dessous de la mâchoire, sur les parties latérales du cou, etc. Ces tumeurs, pour la plupart, occupaient le derme et le tissu sous-cutané; quelques-unes étaient dures, d'autres complètement ramollies, d'autres déjà ouvertes et ulcérées, avec coloration violacée de la peau, etc. Malgré le traitement classique, les gommes reparurent et M. Pellizari les extirpa à l'aide de la curette ; il en choisit quelques-unes parmi celles de la face, qui n'avaient pas encore subi la fonte caséuse, et les plaça dans l'alcool absolu; mais il ne fut pas possible d'obtenir un durcissement suffisant pour permettre d'exécuter des coupes nettes. Il fut donc forcé de se servir de la celloïdine, et put faire des coupes assez minces et assez uniformes pour les soumettre à la coloration d'Ehrlich. Sur plus de soixante préparations, deux seulement ont fourni l'occasion de voir clairement le bacille de Koch; sur une préparation, M. Pellizari n'en trouva qu'un seul au milieu des amas de cellules embryonnaires; dans une autre préparation, il en a vu deux très beaux dans l'intérieur d'une cellule géante. La présence de ces trois bacilles de la tuberculose suffit, ajoute M. Pellizari, pour démontrer la nature tuberculeuse et parasitaire des gommes scrofuleuses.

(1) Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis, IXter Jahrgang, p. 719.

(2) Journal of cutaneous and venereal diseases, septembre 1883.

(3) Monatshefte für prak. Dermatol., mars 1883.

(4) Annales de dermatologie et de syphiligraphie, mai 1883.

(5) Ibidem, de juin 1884, et Bulletin de la Société des sciences médicales de Sienne, d'avril.

VII. Il semble qu'une étude sur la nature et le traitement de la scarlatine ne doive pas prêter matière à des idées bien nouvelles. M. Le Diberder, de Lorient (1), vient de prouver qu'on peut être original sur les sujets les plus rebattus. Il a concentré en quelques pages les résultats de sa longue et vaste expérience. « En observant, dit-il, très attentivement la scarlatine dans son développement, il est facile de constater que la fièvre suit une marche régulière avec des exacerbations dont on prévoit les retours périodiques. » Si on se base sur ces intermittences pour administrer d'emblée le sulfate de quinine, les rémissions se dessinent très nettement, et les redoublements retardent, jusqu'à ce que l'éruption ait atteint son apogée. Chaque accès s'accompagne d'une activité plus grande de l'exanthème dans sa marche, sous le double rapport de l'intensité et de l'étendue. « Le dernier accès est le plus accentué, mais il est sans danger si la quinine a été portée à des doses convenables. » Dans la scarlatine anormale grave, ajoute M. Le Diberder, la quinine rend les accès rémittents au lieu de subintrants, et en diminue la gravité. Quant aux accidents consécutifs, ils seraient dus à la persistance du principe scarlatineux dans le sang et ce principe agirait à la façon de celui de la fièvre paludéenne, sauf la marche rapide des accidents chez les scarlatineux. La quinine donnée préventivement serait encore le plus sûr moyen d'en empêcher la manifestation ou de les combattre lorsqu'ils éclatent.

Cependant M. Le Diberder se défend de confondre la scarlatine, maladie épidémique, avec la fièvre intermittente, maladie endémique. « Les lésions anatomiques, dit-il, sont différentes ; elles ont pour siège la rate dans la fièvre palustre, et les reins dans la scarlatine. Dans le cours de la maladie, dans la période aiguë de la scarlatine, la quinine donnée d'emblée produit des rémissions et permet de voir le retour des accès qui ne se terminent qu'après l'évolution complète de

(1) Union médicale, 1884 ; et tirage à part : *De la scarlatine, sa nature et son traitement*. Paris, Alcan-Lévy, 1884.

l'éruption. Dans la fièvre intermittente, les accès pernicieux cèdent à la quinine donnée à doses convenables et suivent ensuite une marche décroissante.

« Les accidents consécutifs de la scarlatine diffèrent encore plus de ceux de la fièvre intermittente. Dans la scarlatine, l'anasarque et l'albuminurie ne tardent pas à se montrer après la période d'éruption. Il faut, au contraire, que la fièvre intermittente ait duré longtemps abandonnée à elle-même pour produire ces signes. »

Peut-être les sceptiques opposeront-ils à la théorie de M. Le Diberder que, s'il a si bien réussi en employant le sulfate de quinine dans le traitement de la scarlatine, c'est qu'il exerce dans un pays en proie à l'impaludisme et que dans toute contrée paludéenne la malaria imprime toujours un cachet de périodicité aux maladies aiguës. Mais M. Le Diberder peut répondre victorieusement que les succès qu'il a obtenus à l'aide de la quinine légitiment et justifient l'opinion qu'il soutient.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

BIBLIOGRAPHIE

De la cirrhose alcoolique graisseuse, par le docteur H. Gilson.

On a beaucoup écrit sur le foie dans ces dernières années, et le nombre des travaux que ce sujet a fait naître témoigne de l'intérêt qu'il inspire et du rang élevé que les maladies du foie occupent actuellement en pathologie générale. Parmi ces maladies, ce sont les inflammations chroniques qui ont tout attiré l'attention des observateurs, et leur histoire a été remaniée à la suite des recherches dues principalement à MM. Hayem, Cornil, Hanot, Sabourin, Guiter, etc., etc. La conception ancienne de la cirrhose décrite par Laënnec, a été modifiée à la suite de ces travaux qui ont permis d'établir l'existence, à côté de la cirrhose atrophique pure, d'autres formes bien distinctes de celles-ci, telles que la cirrhose hypertrophique, si bien décrite et classée par M. Hanot, puis les cirrhoses syphilitiques et impaludiques, qui constituent également des espèces à part. Ce n'est pas tout, et il faudrait encore admettre, d'après les pathologistes contemporains, une catégorie de cirrhoses que l'on pourrait appeler *mixtes* ou *diffuses*, en raison de la complexité des lésions irritatives, qui semblent ne suivre aucune voie déterminée et atteindre simultanément tous les éléments du foie; variété de cirrhoses qui seraient à la glande hépatique ce que sont à la glande rénale ces néphrites mixtes ou diffuses dont l'existence est établie aujourd'hui d'une manière incontestable.

Le travail de M. Gilson constitue à son tour un argument en faveur de la nécessité où nous sommes aujourd'hui de multiplier les divisions et les variétés en ce qui concerne l'étude des scléroses hépatiques, ou tout au moins il démontre la complexité et la difficulté d'interprétation de certains faits cliniques peu étudiés ou mal interprétés jusqu'à présent. L'auteur a eu surtout pour but de montrer que la cirrhose des alcooliques peut s'accompagner d'une dégénérescence graisseuse très prononcée de la glande hépatique, de montrer également que cette coïncidence est loin d'être un fait rare et surtout de faire ressortir la valeur particulière et la gravité parfois très grande des symptômes qui paraissent ressortir de cette complication de la cirrhose vulgaire. Cependant il ne va pas jusqu'à vouloir créer une forme particulière, encore moins une entité morbide nouvelle. La dégénérescence graisseuse des cellules hépatiques semble n'être ici qu'un fait éventuel, surajouté, susceptible d'apparaître à toute période, mais surtout à la fin de l'évolution de la cirrhose alcoolique ordinaire, et dès lors il n'y a pas lieu de l'élever au rang d'espèce morbide spéciale.

Dans cette variété de cirrhose, les deux ordres d'altérations, sclérose du tissu conjonctif et dégénérescence des cellules hépatiques, peuvent se combiner suivant des proportions très diverses, et selon que l'une d'elles sera prédominante, l'aspect extérieur du foie pourra présenter des aspects tout à fait opposés, atrophié et ratatiné dans un cas, volumineux et hypertrophié dans un autre. Cette dernière circonstance se rapporte vraisemblablement à la cirrhose hypertrophique graisseuse décrite par Hayem et Sabourin dans ces dernières années. En ce qui concerne le mode de développement de ces altérations, l'auteur pense que la dégénérescence graisseuse des cellules est consécutive à la sclérose conjonctive, mais il y a aussi lieu de croire qu'elle constitue une lésion tardive, ultime, dont l'apparition souvent méconnue peut être signalée par des symptômes d'une interprétation délicate et d'un diagnostic parfois fort difficile.

Dans bon nombre de cas, elle reste ignorée et ne se révèle qu'à l'autopsie. Dans d'autres, on observe des phénomènes d'un ordre particulier ayant d'après l'auteur une valeur vraiment prémonitoire, phénomènes qui consistent dans l'apparition de troubles digestifs variés, tenaces, pouvant même durer plusieurs années, et surtout dans celle de l'ictère. Ce dernier symptôme aurait même une valeur prédominante. Quand il survient dans le cours de la cirrhose alcoolique vulgaire, il indiquerait presque sûrement, suivant certains observateurs, un degré avancé de dégénérescence graisseuse. Cependant M. Gilson fait remarquer que l'ictère, bien que possédant une grande valeur clinique, est loin d'être constant. D'ailleurs il ne semble pas être en rapport nécessaire avec la dégénérescence graisseuse des cellules.

Un fait certain, c'est la possibilité de l'apparition, dans cette variété de cirrhose, d'une catégorie d'accidents graves qui peuvent donner à la maladie une forme aiguë et même suraiguë. Dans ce dernier cas, le complexus symptomatique qui se déroule est celui de l'ictère grave et, comme dans celui-ci, le malade meurt au milieu du délire, du coma et des hémorrhagies. Ces divers phénomènes éclatent même parfois d'une manière soudaine chez un individu jusque-là bien portant ou ne présentant que des troubles légers, peu ou point significatifs. Il se passe donc, dans les cas de ce genre, comme l'auteur le fait remarquer avec raison, quelque chose d'analogue à ce que l'on observe souvent dans le cours de la néphrite interstitielle; dans l'une comme dans l'autre maladie, en effet, on observe une longue période latente, puis l'invasion rapide d'accidents graves qui surprennent le malade en pleine santé et amènent rapidement la mort.

Il est à peine besoin de faire remarquer maintenant qu'avec une symptomatologie généralement obscure et effacée le diagnostic de la lésion sera le plus souvent difficile et que dans la plupart des cas son existence devra être méconnue. Cette donnée ressort du nombre assez considérable d'autopsies de cirrhotiques où l'on a été surpris de rencontrer cette dégénérescence graisseuse, que rien n'avait pu faire soupçonner

pendant la vie. Cependant il est quelques signes qui semblent avoir en l'espèce une valeur spéciale et parmi ceux-là il faut mettre au premier rang l'ictère, dont l'apparition insolite chez un cirrhotique devra éveiller l'idée de dégénérescence graisseuse et faire craindre en même temps le développement des accidents graves dont il est souvent le prélude.

L'étiologie a été bien étudiée par M. Gilson qui considère l'alcoolisme comme la cause principale et pour ainsi dire unique de cette variété de cirrhose. Cette notion s'appuie d'ailleurs sur la statistique qui démontre l'existence chez tous les malades d'habitudes alcooliques antérieures. Mais la question se complique quand il s'agit de déterminer comment l'alcool agit et par quel mécanisme il procède pour produire tantôt de la cirrhose simple, atrophique, et tantôt de la cirrhose avec dégénérescence graisseuse; l'hypothèse qui fait intervenir l'action sclérosante de l'alcool ne saurait résoudre complétement cette question qui reste encore à élucider.

Après avoir recherché, dans un dernier chapitre, la place que la cirrhose alcoolique graisseuse occupe dans la pathologie du foie, l'auteur est amené finalement à conclure que cette lésion n'a pas d'individualité propre et qu'elle doit être considérée plutôt comme une lésion secondaire ou plutôt encore comme l'aboutissant des autres cirrhoses qui deviendraient graisseuses à un moment donné. Dans cette théorie, la cirrhose serait donc une et au fond toujours semblable à elle-même, seulement elle serait susceptible dans certains cas de subir la transformation graisseuse, tandis qu'elle ne la subirait pas dans d'autres, peut-être parce que le temps lui manque alors pour accomplir cette dernière évolution.

Dr P. MUSELIER.

FORMULAIRE

Huile de ricin aromatisée.

Rec. Poudre de gomme arabique	30	grammes.
Sirop simple	30	—
Glycérine	30	—
Eau	90	—
Huile de ricin	180	—
Alcool de vin	8	—
Extrait de vanille	8	—
Essence de cannelle	V	gouttes.

M. — Dose : le double de la quantité d'huile de ricin qu'on veut donner.

Cette préparation est facilement acceptée des enfants.

(JOURNAL DE MÉDECINE DE BRUXELLES.) E. R.

NOTES & INFORMATIONS

Choléra

RAPPORT DE M. PROUST AU MINISTRE DU COMMERCE SUR LA SITUATION DE L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE EN FRANCE.

Ce rapport est un document officiel qu'il sera bon de pouvoir consulter quand on fera l'histoire de l'épidémie actuelle. Nous croyons devoir le reproduire *in-extenso* :

« Paris, le 12 septembre 1884.

« Monsieur le ministre,

« L'épidémie de choléra, qui a débuté à Toulon le 13 juin dernier, est en voie de déclin dans notre pays. A Toulon et à Marseille, où la mortalité a été sérieuse, on ne compte plus que quelques cas isolés, et les autres villes ou villages où le fléau s'était montré avec une intensité variable offrent également dans leur mortalité une diminution appréciable. Les chiffres suivants justifient la proposition que je viens d'émettre. Je ne parlerai que des quatre dernières semaines.

« Pendant la semaine du 16 au 22 août, 15 départements ont été envahis, 107 localités ont été atteintes et il y a eu 595 décès.

« Pendant celle du 23 au 29 août, 14 départements envahis, 123 localités atteintes et 521 décès.

« Durant la semaine du 30 août au 5 septembre, même nombre de départements envahis, mais le chiffre des localités atteintes est tombé à 86 et le chiffre de la mortalité à 328. La diminution du nombre des localités est donc de 37 et du chiffre de la mortalité de 193, c'est-à-dire plus du tiers.

« Enfin, pendant la quatrième semaine, du 6 au 12 septembre, il y a encore eu une légère diminution :

« Nombre des communes atteintes, 74; diminution, 12.

« Nombre de décès signalés, 321; diminution, 7.

« Ces résultats heureux sont dus, en partie, à la façon à la fois rationnelle et énergique dont l'épidémie a été combattue.

« Bien que nos services d'hygiène soient susceptibles de plusieurs améliorations, sur lesquelles M. le président du comité d'hygiène aura l'honneur d'appeler votre attention, il est juste de reconnaître que les diverses administrations auxquelles incombe en France la sauvegarde de la santé publique ont toutes rempli leur devoir avec un grand zèle et une véritable opportunité.

« Dans chaque département, en effet, dès qu'un cas de choléra, ou même un cas simplement suspect, était signalé, immédiatement le préfet et le médecin des épidémies se rendaient sur le point indiqué et prenaient d'urgence les mesures d'isolement et de désinfection que les circonstances commandaient.

« Sauf sur quelques points (Arles, Perpignan, les Omergues, Gigean, Ruoms, Vogué, etc.), qui sont devenus des foyers assez intenses, partout l'épidémie a pu rester localisée en s'attaquant seulement à quelques individus.

« Il est toutefois une remarque sur laquelle je vous demanderai la permission d'insister un instant : la nécessité d'améliorer et de perfectionner les conditions d'hygiène des populations et des localités qu'elles habitent, justifiée par la marche de l'épidémie et les caractères différents qu'elle a présentés suivant les conditions hygiéniques des diverses localités.

« Partout où, en effet, les lois de l'hygiène étaient observées, l'épidémie a été relativement bénigne; partout, au contraire, où les conditions sanitaires étaient mauvaises, au point de vue du régime des eaux potables, de leur mélange, par infiltration, aux matières excrémentitielles, partout où ces matières infectaient le sol d'une façon quelquefois séculaire, partout dans ces conditions le fléau a été sévère et la mortalité considérable.

« C'est évidemment à des conditions différentes d'hygiène et de salubrité que nous devons attribuer l'infection du Midi opposée à l'immunité du Nord.

« Toutes les fois que des cholériques ou des individus ayant à l'état d'incubation le choléra sont venus dans les villes du Nord, le choléra est resté stérile, du moins jusqu'à ce jour, et n'a pas produit autour de lui les expansions que nous avons constatées à Marseille, Arles, Perpignan et surtout à la Spezzia et à Naples, où la mortalité dépasse de beaucoup tout ce que nous avons vu dans notre pays. Le mode si fâcheux d'évacuation des matières de vidange à Toulon et à Marseille, les conditions si mauvaises d'Arles, décrites par M. Peter dans un rapport à l'Académie sur un mémoire de M. Queyrel, n'existent pas, en effet, à un degré aussi prononcé dans les villes du centre et du nord de la France, et il y a évidemment là, pour le Nord, une cause puissante d'immunité.

« On peut donc dire que la façon dont se comporte le choléra dans une ville est le réactif de sa salubrité.

« M. Fauvel avait déjà exprimé une idée analogue sous une forme saisissante : un incendie n'est pas proportionné à l'étincelle qui lui a donné naissance, mais à la combustibilité et à l'agglomération des matières qu'il rencontre.

« Il y a là, vous le voyez, monsieur le ministre, une démonstration évidente de l'importance de la salubrité comme moyen de résistance au développement et à l'expansion des épidémies; mais c'est avant leur apparition qu'il faut préparer les moyens pour les combattre.

« Ainsi donc la marche du choléra de 1884 fournit un nouvel argument à l'idée de la réorganisation et du renforcement de nos services hygiéniques, et elle vient encore nous montrer la justesse de nos tendances actuelles en hygiène. Ce qu'il faut, en effet, encourager, ce sont les moyens rationnels, réellement hygiéniques, en les opposant aux mesures restrictives, exagérées et excessives.

« Ce qui se passe en ce moment en Italie et en Espagne donne à cet égard une démonstration décisive. Comme l'a rappelé M. Brouardel, et comme l'expérience des épidémies précédentes l'avait établi, les mesures de quarantaine terrestre appliquées au milieu de populations denses ne sont qu'un moyen de renforcement et de dissémination des épidémies. Or, qu'avons-nous vu?

« En France, le conseil d'hygiène, l'Académie de médecine, se sont opposés à tous ces moyens vexatoires, inutiles, dangereux même; ils se sont contentés de recommander l'application rigoureuse des mesures d'hygiène et l'installation de postes de surveillance médicaux dans certains points bien choisis des lignes de chemins de fer, postes que votre administration a établis, qui ont rassuré des populations et ont donné les plus heureux résultats. Eh bien, en France, le choléra est presque resté limité dans le bassin de la Méditerranée.

« En Espagne et en Italie, au contraire, le choléra a franchi les cordons sanitaires que l'on y avait placés.

« En Italie surtout, malgré les quarantaines terrestres les plus rigoureuses, le pays tout entier a été envahi : les provinces de Bénévent, de Bergame, de Campo-Basso, de Caserte, de Cuneo, de Gênes, de Marsa, de Modène, de Naples, de Parme, de Reggio-d'Emilia, de Salerne, de Turin, sont toutes infectées. Le pays est envahi du nord au midi.

« En outre, c'est en Italie que la mortalité a atteint les chiffres les plus élevés. A Naples, dont la population est environ de 500,000 habitants, la mortalité dépasse en ce moment 470 par jour.

« Les lazarets que l'on avait établis aux frontières sont devenus des foyers d'infection dans lesquels le principe générateur du choléra s'est multiplié et a pris un développement excessif.

« L'épidémie actuelle pourrait encore donner lieu à d'autres considérations qui se trouveront exposées dans des rapports ultérieurs. J'ai voulu seulement préciser certains points qui me paraissent devoir être déduits de l'observation des faits actuels.

« Ces points sont les suivants :

« 1° L'épidémie cholérique en France paraît en voie de déclin;

« 2° Les mesures conseillées pour notre pays par le comité d'hygiène et l'Académie de médecine, les seules que nous tenions pour rationnelles, ont donné d'heureux résultats;

« 3° L'administration et le corps médical ont agi partout avec rapidité de décision et d'exécution;

« 4° La marche et la gravité de l'épidémie ont donné presque la mesure du plus ou moins de salubrité des localités envahies;

« 5° La marche de l'épidémie actuelle, comparée en France et en Italie, montre de nouveau l'inutilité et le danger des cordons sanitaires et des quarantaines terrestres et la nécessité de l'application rigoureuse des mesures d'hygiène et de salubrité.

« Veuillez agréer, monsieur le ministre, l'hommage de mon profond respect.

« *L'inspecteur général des services sanitaires,*

« A. PROUST. »

Le Comité consultatif d'hygiène publique de France a, dans sa séance du 15 de ce mois, approuvé les conclusions de ce rapport.

Comme suite au rapport qui précède, le JOURNAL OFFICIEL donne le tableau des décès cholériques en France du 13 au 19 septembre. Ces chiffres, comparés à ceux de la semaine précédente, montrent la diminution de l'épidémie :

Nombre de communes atteintes.

Du 6 au 12 septembre		74	Diminution 13
Du 13 au 19 septembre.	Déjà atteintes. 44 / Nouvellement atteintes... 17	61	

Nombre de décès signalés.

Du 6 au 12 septembre	321	Diminution 111
Du 13 au 19 septembre	210	

Le nombre des départements où se trouvent les 61 communes atteintes s'élève à douze; ce sont : l'Ardèche, l'Aude, les Bouches-du-Rhône, la Drôme, le Gard, la Haute-Garonne, l'Hérault, les Pyrénées-Orientales, le Var, Vaucluse, l'Yonne et la Seine. Le département de la Seine figure dans ce tableau pour 4 décès cholériques, dont 2 à Saint-Denis et 2 à Aubervilliers.

— MARSEILLE. — Le bulletin officiel de l'état civil donne les renseignements suivants sur la mortalité causée par le choléra pendant le dernier septenaire :

Du 18 au 19	septembre.	—	Décès cholériques	0
19 — 20	—		—	2
20 — 21	—		—	6
21 — 22	—		—	3
22 — 23	—		—	3
23 — 24	—		—	4
24 — 25	—		—	2

— TOULON. — Les compagnies de pompiers organisées pour la désinfection des rues et des maisons ont été licenciées. Le préfet maritime a l'intention de demander au ministre de la marine de faire revenir, au commencement du mois prochain, l'escadre d'évolutions à Toulon. Quelques cas isolés suivis de décèss montrent encore dans la ville ou dans la banlieue. A la date du 23 septembre, il ne restait que cinq cholérique en traitement à Saint-Mandrier et trois à Bon-Rencontre.

— Les départements du Gard, de l'Ardèche et des Pyrénées-Orientales comptent encore journellement quelques décès. Le fléau frappe de nouveaux villages ou reparaît, mais sans trop sévir, dans ceux qu'il a déjà visités. Quoi qu'il en soit, on peut considérer comme parfaitement justifiée la conclusion du rapport de M. Proust, d'après laquelle l'épidémie, en France, touche à son déclin.

— Des médailles d'honneur sont décernées aux personnes ci-après désignées, qui ont rivalisé de courage et de dévouement pendant l'épidémie cholérique qui a sévi dans le département de l'Ardèche, savoir :

Médailles d'or de première classe. — MM. Leclercq, Perrusset, internes de la Faculté de Lyon; Merley, étudiant en médecine.

Médailles d'or de deuxième classe. — MM. Lauriol, maire de la commune de Ruoms; Gimond, adjoint au maire de la commune de Vogüé; Rigaud, adjoint au maire de la commune de Lavilledieu; Lustrou, curé de Vogüé; Mlle Borie (Elisa), en religion sœur Saint-Joseph, religieuse de Saint-Roch, à Viviers.

Médaille d'argent de première classe. — M. Pugnère, comptable à Ruoms.

Médailles d'argent de deuxième classe. — MM. Meyras, garde

champêtre de la commune de Vogüé; Prat; Vache, employé à la gare de Ruoms; Lauriol, Gony, Raphanel, Peyre, Prousse, membres du comité de secours contre le choléra, à Ruoms.

— Italie. — On ne saurait encore en dire autant pour l'Italie, bien que les chiffres suivants dénotent une décroissance pour le foyer principal, c'est-à-dire pour Naples. Il y a eu dans cette ville :

Le 18 septembre	437	cas de choléra	283	décès
19 —	305	—	236	—
20 —	303	—	101	—
21 —	305	—	161	—
22 —	251	—	152	—
23 —	264	—	126	—
24 —	242	—	121	—

L'épidémie suit une marche à peu près analogue dans son second foyer le plus important, à la Spezzia où, dans la journée du 21 septembre, il y a eu 16 cas de choléra et 7 décès.

— Espagne. — Le choléra reste confiné, en Espagne, dans les provinces primitivement envahies où il fait d'ailleurs peu de victimes.

D'après les rapports des délégués, l'épidémie serait enrayée et présenterait plutôt les caractères du choléra sporadique que du choléra asiatique.

— Une épidémie de variole sévit à Troyes. Elle aurait été apportée, dit-on, par un ouvrier italien nommé Bianchi, mort à l'Hôtel-Dieu. La maladie, après avoir contaminé l'hôpital, a passé dans les rues avoisinantes, puis a envahi la ville entière. Il y a eu jusqu'à 7 décès par jour; plus de 150 malades sont atteints. On a organisé au plus vite un service de vaccinations gratuites.

— La rage. — Dans la dernière séance du conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, M. le docteur Dujardin-Beaumetz a donné lecture d'un rapport relatif à un cas de décès par rage survenu à l'hôpital Trousseau.

La victime est un petit garçon de sept ans, qui avait été mordu à la lèvre supérieure, un mois auparavant, par un chien inconnu. La morsure avait été cautérisée chez un pharmacien avec de l'alcali volatil. Cet enfant a succombé au bout de trois jours de maladie, après avoir présenté tous les signes caractéristiques de la rage.

M. Dujardin-Beaumetz fait remarquer que, au mois de janvier 1882, le conseil d'hygiène avait rédigé une instruction dans laquelle il était dit : « La cautérisation doit être faite avec du caustique de Vienne, du chlorure de zinc, du beurre d'antimoine et surtout avec le fer rouge, qui est, en pareil cas, le meilleur des caustiques. » Cette instruction ajoutait : « Les cautérisations avec l'ammoniaque, les différents alcools, la teinture d'arnica et les solutions phéniquées sont absolument inefficaces. »

R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie. — Nous apprenons la mort de M. le docteur François Grosgurin, ancien député de l'Ain, maire de Gex.

— On annonce également la mort de M. le docteur Emery, de Lyon; de M. le docteur Bastin, d'Asnières; de M. le docteur Salmon, de Royan, et de M. le docteur Laheus, de Bordeaux.

* * *

Société de médecine de Marseille. — La Société a entendu la lecture d'un rapport de M. le docteur Liron sur les travaux de la commission chargée de faire des études sur le choléra. C'est sur le contenu intestinal et sur le sang que se sont portées les investigations et les études de la commission. D'autre part, M. Koch ayant admis la contamination des eaux par le bacille, la commission a examiné l'eau du canal prise au robinet du laboratoire et l'eau de la Rose prise près de la source. Toutes les deux contiennent des bacilles. Pour se rendre compte de la quantité de microbes-virgules contenus dans un litre d'eau de la Rose, on a expérimenté selon les indications et le procédé de Koch. On est arrivé à établir une moyenne de 10 bacilles par goutte, de 25 gouttes au centimètre cube, ce qui représente par litre une quantité de 25,000 microbes-virgules, sans compter les autres. Afin de donner plus de poids à ces expériences, la commission a voulu examiner encore une fois, en ce temps où l'épidémie n'existe presque plus et où l'on n'a constaté aucun cas à la Rose, cette même eau. De cet examen il résulte que les 25,000 microbes s'y trouvent encore.

* * *

Corps de santé militaire. — Par décret en date du 9 septembre 1884, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de 1re classe : MM. Demontporcelet, Jean-Gabriel; André, Pierre; Lehallais, Armand; Porson, Louis; Clech, Jean-Marie; Vouët, Paul-Marie; Leroy, Georges; Sabatié, Adrien; Létard, François-Alfred; Dauzat, Antoine; Jousse, Edmond-Lucien; Monglond, Henri-Joseph; Dellestable, François; Bellat, Antoine-Edouard; Coutisson, Georges; Dieudé Jean; Roger, Victor; Froidefond, Victor; Amiaud, Charles; Fleyssac, Ernest; Mary, Eugène; Lacroisade, Louis-Oscar; Moulinier; Adolphe, Sarrazin, Pierre; Vailhe, Jacques; Frugier, Henri.

— Ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de 1re classe : Les aides-majors de 2e classe : MM. Bertrand, Edouard; de Montigny, Hippolyte; Ferrand, Alfred; de La Bellière, Théogène; Moy, Adrien; Symonneau, Pierre; Le Jamptel, Victor; Denis, Paul; Corson, François; Hamon, Adolphe; Quesnel, Hyacinthe; Letourneur, Adrien; Chevalier, François; Cottin, Louis; Baudet, Jean; Viel, Jean; Casena, Armand; Lionet, Emile; Leroux, Joseph; Lavielle, Gustave; Barrabé, Auguste; Leturc, Henri; Couléard-Desforges, Gustave; Danlos, Alfred; Saury, Honoré; Blin, Louis; Raimbert, Bertrand; Vibert, Albert; Blanchard, Gustave; Texier, Henri; Le Voyer, Emile; Lartigue, Antoine; Bernard, Raoul; Labrousse, Philippe; Linarès, Edouard; Debrousse-Latour, Jacques; Lafon, Georges; Vallentin Henri; Lacombe, Pierre; Bethout, Paul; Coulaud, Pierre; Pintaut-Desallées, Arthur; Binet de Jessonneix, Alfred; Mirabel, Jérôme; Marsat, Albert; Cérou, Joseph; Pradel, Louis; Tixier, Paul; Byasson, Louis; Treille, Justin; de Burette, Jean; Mallebay, Marc; Gauthier, Pierre.

Au grade de médecin aide-major de 2e classe : MM. Dubourg, professeur-agrégé de la Faculté de Bordeaux; Lefour, professeur agrégé de la Faculté de Bordeaux; Arnozan, professeur agrégé de la Faculté de médecine; Bonamy, professeur suppléant à l'Ecole de Nantes.

— Par décret en date du 22 septembre 1884, ont été promus dans le cadre des médecins de réserve :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. Bard, professeur agrégé, médecin des hôpitaux de Lyon; Sabatier, agrégé de chirurgie à la Faculté de médecine de Lyon; Pollosson, professeur agrégé de chirurgie à la Faculté de médecine de Lyon.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe : Margnat, Guillemin, Therre, Rouveix, Batut, Tabouet, Tauleigne, Delpeuch, Perreymond, Bergeron, Clavier, Vagnat, Calignon, Chiais, Fortoul, Dor, Guilheanme, Aune, Eyssautier, Pellet.

— Par décision ministérielle du 11 septembre 1884 ont été désignés, savoir : M. Trifaud, médecin-major de 2e classe au 97e régiment d'infanterie, pour le 100e régiment, de même que M. Fa-

mechon, médecin-major de 2e classe à l'École des enfants de troupe de Rambouillet.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 12 AU JEUDI 18 SEPTEMBRE 1884.

Fièvre typhoïde 46. — Variole 1. — Rougeole 21. — Scarlatine 2. — Coqueluche 8. — Diphtérie, croup 23. — Dysentérie 4. — Érysipèle 7. — Infections puerpérales 6. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 41. — Phthisie pulmonaire 212. — Autres tuberculoses 24. — Autres affections générales 57. — Malformation et débilité des âges extrêmes 56. — Bronchite aiguë 14. — Pneumonie 38. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 62, — au sein et mixte 36. — Inconnu 6. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 69. — de l'appareil circulatoire 61. — de l'appareil respiratoire 49. — de l'appareil digestif 52. — de l'appareil génito-urinaire 21. — de la peau et du tissu lamineux 4. — des os, articulations et muscles 4. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 2. — Epuisement 0. — Causes non définies 1. — Morts violentes 39. — Causes non classées 5. — Total de la semaine : 968 décès.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1884.

127. M. Plaggio. Sur une nouvelle théorie du phénomène respiratoire de Cheyne-Stokes. — 128. M. Dorion. Des paralysies du nerf sciatique poplité externe d'origine pelvienne. (Leur pathogénie.)— 129. M. Tourneux. Contribution à l'étude des affections oculaires causées par la variole. — 130. M. Quesneville. Nouvelles méthodes pour la détermination des éléments du lait et de ses falsifications.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

LE CHOLÉRA, par Paul Bert, député, professeur à la Sorbonne, membre de l'Institut. Un volume in-18 carré sur papier teinté. — Prix : 2 fr. — Paris, librairie Paul Ollendorff, 28 bis, rue de Richelieu.

RAPPORT DU BUREAU D'HYGIÈNE DE LA VILLE DE REIMS POUR L'ANNÉE 1883, par le docteur Langlet, directeur du Bureau d'hygiène. — Ce rapport contient de nombreux documents, montrant sous tous ses aspects la vie et le mouvement d'une ville de 100,000 habitants. — Mouvement de la population. — Analyse des causes de décès. — Recherche de tous les éléments qui peuvent influencer l'hygiène publique. — Consommation d'eau, alimentation publique, etc. Il se termine par des études faites dans le laboratoire municipal d'analyses dépendant du Bureau d'hygiène. — Un volume de 120 pages, avec 9 planches lithographiées et 10 figures dans le texte. — Prix : 3 fr. — Franco poste : 3 fr. 50. — Reims, Matot-Braine, imprimeur-libraire-éditeur.

TRAITEMENT DU CHOLÉRA PAR LA PILOCARPINE, par Eugène Alliot, médecin à Neung-sur-Beuvron. Paris, 1884, in-18 de 48 pages. — Prix : 1 fr. — Paris, librairie J.-B Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

GARE A VOS YEUX ! ! sages conseils donnés par un myope à ses confrères, par Francisque Sarcey, 1 vol. in-18 carré sur papier teinté. — Prix : 2 fr. — Paris, librairie Paul Ollendorff, 28 bis, rue de Richelieu.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.



GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

CLINIQUE MÉDICALE

NOTE A PROPOS D'UN CAS DE PHLÉBITE RHUMATISMALE, par le docteur MAURICE LETULLE, médecin des hôpitaux.

On parle peu de la phlébite rhumatismale; on croirait même, vu le silence qui règne sur la question parmi les auteurs les plus récents, que cette complication du rhumatisme aigu n'existe pas. Aussi, ayant eu l'occasion d'en observer un exemple des plus caractéristiques et des moins discutables, nous a-t-il paru bon de le publier avec tous ses détails et d'y joindre quelques réflexions. Voici tout d'abord l'observation, rédigée grâce aux notes d'un de nos élèves, M. Bureau, externe des hôpitaux.

Rhumatisme articulaire aigu; trois attaques successives. — Endocardite, puis pleurésie double, survenant pendant la deuxième poussée articulaire. — Phlébite du membre inférieur gauche (v. fémorale et saphène interne), apparaissant cinq jours après la troisième poussée arthropathique. — Angine rhumatismale consécutive. — Guérison.

Le 10 janvier 1884, la nommée T..., Antbosie, 29 ans, femme de chambre, est prise après un léger refroidissement d'un violent mal de gorge en même temps que de douleurs aiguës, circonscrites pendant deux jours dans la région dorso-lombaire. Bientôt une fièvre intense apparaît et le 18 les deux cous-de-pied sont envahis par une fluxion rhumatismale aiguë, tandis que l'amygdalite disparaît complètement sans avoir suppuré. Deux jours après, le genou gauche, puis l'articulation coxo-fémorale, sont atteints à leur tour. Enfin, vers le 30 janvier, les membres supérieurs, le droit d'abord, deviennent le siège des localisations erratiques du rhumatisme aigu. Pendant cette première période, la malade fut soumise au salicylate de soude sans grand succès.

Au début de février, les douleurs s'éteignirent et, durant une huitaine de jours, la malade put reprendre son service. Mais, dès le 9, les poignets étaient de nouveau frappés par le rhumatisme et une seconde poussée articulaire commença, moins aiguë que la première, mais beaucoup plus prolongée, traînant ainsi jusqu'à la fin de février. Les douleurs restaient localisées spécialement aux articulations des membres supérieurs, s'exacerbant de temps à autre tantôt au niveau des poignets et tantôt aux articulations scapulo-humérales, et créant ainsi une poussée subaiguë polyarticulaire, lente dans son évolution, mais peu intense. Toutefois le médecin qui soignait en ville la malade auscultait avec soin le cœur et put noter, au 20 février, le développement d'une endocardite mitrale, indice révélateur de la gravité réelle de la maladie.

Huit jours plus tard (28 février), pendant la nuit, la malade est prise de dyspnée, d'anxiété respiratoire en même temps que d'une douleur assez vive dans la région dorsale, à la base du thorax. Le médecin, appelé en toute hâte, constate la présence d'un épanchement pleural double, remontant au niveau du tiers inférieur des deux poumons. Le surlendemain, T... était admise à l'Hôtel-Dieu dans le service du docteur Moutard-Martin, que nous remplacions.

C'est alors que va se dérouler la fin de ce petit drame pathologique qui se terminera d'ailleurs par une guérison incomplète.

A son entrée à l'hôpital, au commencement de mars, nous trouvons la malade dans l'état suivant : fluxions articulaires multiples, subaiguës; dyspnée légère, en disproportion frappante avec l'épan-

FEUILLETON

Sur la géographie médicale

(A PROPOS DE QUELQUES TRAVAUX RÉCENTS.)

(Suite. — Voir les numéros 35 et 39.)

Nous voici arrivés à la période contemporaine. Nous ne ferons d'abord que mentionner quelques-uns des principaux travaux; et d'abord celui de V. Isensee (*Elementa nova geographiæ et statistices medicinalis*, Berlin, 1833); le mémoire de l'Anglais Marshall (*Sketch of the geographical distribution of diseases*, 1832); le livre de Fuchs (*Medicinische Geographie*, Berlin, 1853); l'important résumé de A. Mühry (*Die geographischen Verhæltnisse der Krankheiten, oder Grundzüge der Noso-Geographie*, Leipzig et Heidelberg, 1856), et surtout l'ouvrage classique de Aug. Hirsch, dans lequel l'étude de l'histoire de la médecine se trouve rapprochée de l'étude de la géographie nosologique (*Handbuch der historisch-geographischen Pathologie*, 1re édition, Erlangen, 1860-1864; — 2e édition, Stuttgard, 1882-83, 2 vol. in-8).

Enfin nous arrivons à l'un des hommes qui ont le plus contribué à faire de la géographie médicale une branche spéciale de la science par le nombre et l'importance de ses travaux : Boudin (Jean-Chr.-Marie-Fr.-Joseph), né à Metz le 27 avril 1803, est mort le 9 mars 1867. Entré dès l'âge de dix-huit ans à l'École de chirurgie militaire, il se fit recevoir docteur en 1830, après avoir fait en qualité de sous-aide la campagne de Grèce. Il parcourut dès lors la carrière de la médecine militaire jusqu'à sa mort. Envoyé d'abord en Algérie, c'est là qu'il recueillit les matériaux de ses importantes études sur les fièvres intermittentes et sur l'acclimatement des Européens dans nos provinces africaines. Hygiène publique, ethnologie, statistique, pathologie humaine et comparée, topographie médicale, climatologie, à quoi Boudin n'a-t-il pas apporté le tribut de ses recherches originales? Et cependant l'Académie de médecine le repoussa chaque fois qu'il posa sa candidature, et cela, si mes souvenirs sont exacts, parce qu'on lui reprochait d'être un des adeptes du spiritisme, de croire

chement pleural, qui occupe la moitié inférieure du thorax des deux côtés. Le cœur n'est pas déplacé, grâce à la double pleurésie. A la pointe, souffle mitral systolique, assez sourd, mais bien frappé. Pas de péricardite. La température oscille autour de 39°, les sueurs sont peu abondantes; l'état général est satisfaisant.

Bientôt, grâce à l'application réitérée de ventouses sèches et même scarifiées à plusieurs reprises, grâce aussi à la médication diurétique et purgative, les épanchements intra-thoraciques se résorbèrent; le 16 mars, la fièvre avait disparu ainsi que les fluxions articulaires.

Nous espérions que la convalescence allait commencer; mis en garde par la première rechute si malheureusement compliquée d'endocardite et de pleurésie, nous condamnions chaque jour la malade aux précautions les plus méticuleuses, lorsque le 23 mars, huit jours après, sans raison valable, une troisième poussée articulaire éclatait plus courte que les précédentes, moins aiguë, mais plus douloureuse. Elle devait durer dix jours environ pendant lesquels les poignets, les coudes, les épaules et les hanches se prirent successivement. La température oscilla autour de 38°, 39o et même 39o,4; toutefois les jointures se dégagèrent rapidement.

Au décours de cette troisième attaque aiguë, un matin, en se levant pour aller faire sa toilette au bout de la salle, la malade est surprise par un coup de froid en passant près d'une fenêtre ouverte. Le lendemain 3 avril, elle ressent une douleur vive dans le membre inférieur gauche, principalement au niveau de la cuisse; deux jours après, elle se plaint de souffrir dans l'articulation du cou-de-pied gauche où l'on constate un léger œdème péri-malléolaire attribué tout d'abord à une fluxion de l'articulation tibio-tarsienne. Mais la malade, qui désire vivement s'en aller en convalescence, se garde bien d'avouer ce jour-là qu'elle souffre vivement dans la région de la cuisse du même côté.

De ce jour date le début de la phlébite; la température s'élève rapidement à 39o, 39o,4, 39°,9; et la malade ne peut plus cacher ni l'œdème du membre inférieur ni les souffrances aiguës qu'elle ressent dans les masses musculaires de la cuisse (Voy. le tracé, p. 471).

On voit survenir, dans les jours suivants, un œdème accusé, peu douloureux par lui-même, blafard. Le 9 avril seulement, la malade consent à laisser examiner sa cuisse, et l'on y découvre les lésions suivantes : il existe un long caillot dans la veine saphène interne au niveau de sa portion fémorale. Ce caillot gonfle la veine qui fait une saillie appréciable au toucher et est rendue plus visible encore par une traînée rose pâle qui part de l'embouchure de la saphène. La longueur du caillot mesure 8 à 9 centimètres. C'est surtout dans le triangle de Scarpa que la veine est le plus douloureuse à la pression et le plus tuméfiée. Il est très probable, bien qu'on ne sente pas de cordon dur sur le trajet des vaisseaux fémoraux, que la veine fémorale est oblitérée dans une partie de son étendue : la pression est en effet douloureuse sur son parcours; de plus, les veines superficielles de la cuisse et de la jambe sont très notablement dilatées; enfin il existe un léger œdème à la partie interne et supérieure de la cuisse. Cependant il n'y a pas de douleur au niveau de l'anneau du troisième adducteur, non plus que dans le creux poplité; les veines du mollet ne sont pas davantage oblitérées, car la compression des masses musculaires ne détermine aucune douleur. Toutefois, à la partie la plus inférieure de la jambe, la peau est légèrement violacée; les veinules les plus superficielles y sont visiblement dilatées; en outre, il existe toujours un léger œdème péri-malléolaire.

On enveloppe le membre dans un appareil ouaté qui offre le double avantage de comprimer légèrement les parties œdématiées et d'immobiliser d'une manière relative, mais suffisante, les segments du membre endommagé.

Dès le 14 avril, la température axillaire avait atteint la normale; les douleurs diminuaient, et le thrombus, si facilement perceptible dans la partie terminale de la saphène interne, commençait à se résorber le huitième jour de la maladie. Bientôt l'œdème disparaît, et en quinzième jour la peau est redevenue blanche et mate, les veines ne sont plus douloureuses et les caillots semblaient avoir été totalement résorbés, n'était une certaine dureté persistante de la paroi de la saphène dans la région jadis incriminée.

La malade commence enfin sa convalescence définitive, mais le 20 avril une angine aiguë érythémateuse, durant trente-six heures à peine, rhumatismale en somme, éclate, très douloureuse; elle s'éteint aussitôt, donnant pour ainsi dire la dernière poussée aiguë, de même qu'une angine avait constitué l'attaque initiale quatre mois auparavant. A la suite de cette rechute ultime, presque abortive, la convalescence s'établit franche et définitive. T... quitte le service quinze jours plus tard, conservant sa lésion mitrale, preuve indélébile des désordres produits dans l'intimité de son appareil cardiaque, tandis que toute trace de la phlébite saphène et fémorale a totalement disparu.

Nous avons réuni ici les oscillations de la température dans un tracé qui montre les poussées successives des accidents aigus jusqu'au début de la convalescence définitive :

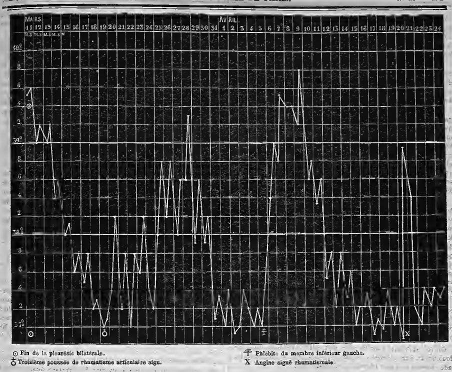
aux tables tournantes ou au magnétisme animal. Mais qu'importent ces faiblesses! Le nom de Boudin restera dans la science, car il suffirait à sa gloire d'être l'auteur de ce beau travail qui a pour titre : « Traité de géographie et de statistique médicales, et des maladies endémiques, comprenant la météorologie et la géologie médicales, les lois statistiques de la population et de la mortalité, la distribution géographique des maladies et la pathologie comparée des races humaines. » (Paris, 1857, 2 vol.)

On a reproché parfois à Boudin d'avoir trop facilement accueilli des documents contestables. Mais est-ce là une critique sérieuse à adresser à un homme qui défriche en quelque sorte un coin de la science à peu près délaissé ou inexploré? Est-on bien venu d'inculper un médecin français de notre temps pour avoir reproduit ou cité des statistiques inexactes ou mal faites, pour avoir accepté les assertions de voyageurs qui ont pu être contredites depuis par des voyageurs plus véridiques? Ces reproches, ne doit-on pas les réserver pour ceux-là qui ont commis un abus de confiance sur leurs lecteurs, abus de confiance d'autant plus coupable que leurs affirmations pouvaient moins être contrôlées? Ceux-là seuls sont répréhensibles. Et quant à l'auteur qui s'est servi de ces documents peu authentiques, il nous paraît juste de l'absoudre. Il peut avoir montré de la crédulité, de la naïveté, si l'on veut, mais par le fait il a dévoilé de quelle manière honnête et inviolable il comprenait le rôle de l'homme de science, puisqu'il n'a pas même soupçonné qu'on peut semer des erreurs volontaires ou émettre des assertions fantaisistes sur des questions dont l'étude doit constituer un vrai sacerdoce.

Après avoir cité le nom des médecins qui ont fait les principaux travaux d'ensemble sur la géographie médicale, il est de toute justice d'accorder une mention à quelques-uns de ceux qui ont apporté des éléments à cette étude. La science doit en effet sa reconnaissance non seulement aux médecins qui ont décrit la pathologie de telle ou telle région ou même la pathologie de tout un climat; elle doit aussi sa reconnaissance à tous ceux qui ont abordé une des sections de la géographie médicale : météorologie, climatologie, statistique, hygiène de telle ou telle latitude.

Passons-les successivement et rapidement en revue.

J'hésite à mettre dans le premier groupe Bontius pour sa *Méde-*



⊙ Fin de la pleurésie bilatérale.
Troisième poussée de rhumatisme articulaire aigu.
Phlébite du membre inférieur gauche.
X Angine aiguë rhumatismale.

L'observation qui précède nous paraît intéressante à plusieurs titres. Tont d'abord, elle montre si nettement la snccession des accidents rhumatismaux qu'on ne peut mettre en doute la nature même de la phlébite intercurrente. Dans cette série d'épisodes aigus qui se caractérise ainsi : angine aiguë primordiale, poussée articulaire aiguë, seconde attaque arthropathiqne compliquée d'endocardite mitrale, puis de pleurésie double ; troisième attaque bientôt suivie de phlébite fémorale et saphène ; enfin, convalescence coupée par une angine aiguë durant 48 heures et bien nettement rhumatismale;

cine des Indiens (1). C'est là plutôt un travail de thérapeutique que de pathologie indienne. Je passe aux contemporains.

M. Hasper a donné en 1831 une compilation sur les maladies des pays chauds (*Ueber die Natur und Behandlung der Krankheiten der Tropenlœnder*, Leipzig).

J.-T. Hoffmann a publié en 1838 une étude intitulée : *Specimen geographico-medicum de Europâ Australi* (Lugdunum Batavorum).

Fuster (Joseph-Jean-Nicolas), né à Perpignan en 1801, mort en 1876, professeur à Montpellier en 1848, mérite aussi d'être rappelé ici pour deux de ses livres : 1° *Des maladies de la France dans leurs rapports avec les saisons, ou histoire médicale et météorologique de la France*, Paris, 1840, in-8 ; — 2° *Des changements dans le climat de la France ; histoire de ses révolutions météorologiques*, Paris, 1845, in-8.

Thévenot (J.-P.-F.) a publié en 1848 un *Traité des maladies des Européens dans les pays chauds et spécialement au Sénégal* (Paris, in-8).

M. Dutroulau a également donné en 1861 un autre *Traité des maladies des Européens dans les pays chauds* (régions tropicales). Paris, in-8, 1861, et M. O. Saint-Vel, en 1868, son *Traité des maladies des régions intertropicales* (Paris, 1868).

M. Bérenger-Férand a publié une série d'études fort importantes appuyées sur de nombreuses observations et relatives aux maladies des Européens soit au Sénégal, soit aux Antilles, etc.

M. Nielly, plus récemment, en 1881, a écrit des *Eléments de pathologie exotique* dont nous parlerons plus loin.

C'est ici le lieu de rappeler les importantes contributions qu'ont apportées à l'étude de la géographie médicale d'abord les Archives de médecine navale, publiées depuis 1864 et dirigées avec tant de soin par M. le docteur A. Le Roy de Méricourt, ensuite certains travaux insérés dans le Recueil des mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires, et enfin les articles consacrés à la pathologie de chacune des diverses contrées du globe dans le Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales de M. Dechambre.

(1) Jacobi Bontii (*De medicina Indorum*, Parisiis, 1646, in-4), imprimé à la suite du traité de Prosper Alpin : *De medicina Ægyptorum libri quatuor*.

il y a une progression incessante, une évolution morbide complète, où la phlébite existe au même titre que se présentaient l'endocardite et la pleurésie.

C'est donc bien à une *phlébite rhumatismale* survenant au décours d'une attaque aiguë prolongée que nous avons eu affaire. Les phénomènes aigus qui ont accompagné son développement et qu'on peut suivre sur le tableau ci-joint ont un caractère pathognomonique. La phlébite a été, ici même, une complication *aiguë*, un peu tardive, il faut bien le reconnaître. Il y avait en effet près de trois mois que l'attaque rhumatismale avait commencé. Toutefois l'état général de la malade était demeuré satisfaisant; l'anémie, pour profonde qu'elle ait été, ne confinait aucunement à la cachexie. Nous n'en voulons pour preuve que la rapide convalescence qui suivit la guérison de la phlébite et qui permit à la malade de quitter l'hôpital au commencement de mai, c'est-à-dire un mois après l'apparition de l'affection veineuse.

Les observations publiées de phlébite rhumatismale ne sont pas nombreuses. Si l'on s'en rapportait au silence presque unanime des auteurs qui ont écrit sur le rhumatisme, la phlébite rhumatismale serait exceptionnelle, peut-être même hypothétique. Dans un travail récent, très consciencieux, le docteur Schmitt (1) réunit toutes les observations connues et indiscutables de phlébite rhumatismale; en y ajoutant huit observations inédites, il arrive au chiffre de *dix-sept* cas. Encore faut-il, à notre avis, distraire de ce total, peu élevé comparativement au nombre colossal d'attaques rhumatismales aiguës observées chaque année, trois faits indignes de figurer dans la liste émondée et expurgée qui compose les assises du travail auquel nous faisons allusion. La huitième observation de ce mémoire (2) constitue un exemple d'érythème noueux ayant suppuré (?) en plusieurs endroits, chez une femme de trente-cinq ans atteinte de péricardite et succombant à une embolie pulmonaire détachée de la veine iliaque gauche. Il y avait eu jadis, neuf ans auparavant, du rhumatisme chez cette malade; ce qui ne suffit pas, il me semble, pour caractériser une phlébite rhumatismale.

De même pour l'observation XI de la thèse de Schmitt. Cette observation, empruntée au travail de notre excellent ami le docteur Troisier sur la *Phlegmatia alba dolens* (1), a trait à un malade atteint de pleuro-pneumonie droite au huitième jour de laquelle une phlegmatia des deux membres se développa. Ce malade avait eu, quatre mois auparavant, une attaque de rhumatisme articulaire subaigu compliquée d'endo-péricardite. C'est, comme le dit d'ailleurs Troisier, « un cas de phlegmatia survenue dans la convalescence d'une pleuro-pneumonie, chez un rhumatisant ». Mais de là à une phlébite rhumatismale la distance est longue; elle est même, à mes yeux, infranchissable. Je supprime donc, dans l'intérêt bien entendu de la cause de la phlébite rhumatismale, cette observation qui ne lui revient pas de droit.

J'en ferai de même pour l'observation XVII du mémoire du docteur Schmitt (2). Cette observation inédite recueillie par M. Lebreton dans le service du docteur Sevestre concerne un homme de quarante-huit ans, saturnin, qui ressent le 27 septembre 1883 « des douleurs vagues dans les bras et dans les jambes ». Huit jours après, il entre à l'hôpital où l'on constate une phlébite des deux saphènes internes. Et l'on note: « Rien dans les articulations qui sont intactes ». Puis, tout est dit pour le rhumatisme, et le 31 décembre le malade est guéri. « Les mollets ont repris leur souplesse. Il existe encore un peu d'œdème au niveau des malléoles quand le malade se fatigue, et quelques douleurs rhumatoïdes, dans les muscles du bras. » Je dis qu'il est préférable, vu l'insuffisance de détails produits à propos du rhumatisme, de rejeter encore cette observation du cadre des phlébites rhumatismales.

Ainsi se trouve réduit, à mon sens, au nombre de 14 cas le tableau très curieux et très intéressant tracé par le docteur Schmitt. Si j'y ajoute la présente observation, le total s'élève à 15 cas de *rhumatisme vrai*, où la polyarthrite aiguë fébrile, bien distincte de ces diverses variétés de pseudo-rhumatismes infectieux qui encombraient, avant les travaux du savant professeur Bouchard, le terrain de la maladie rhumatismale, s'est compliquée de phlébite aiguë ou subaiguë, ordinairement légère et curable.

Or, cette phlébite confine souvent à la thrombose spontanée, à la phlegmatia dolens. Et même, selon la remarque du docteur Schmitt, la phlébite légère qui apparaît « dans le déclin

(1) S. Schmitt. *Phlébite rhumatismale*, thèse Paris 1884, no 125. — (2) *Loc. cit.*, p. 89. *Phlébite, érythème noueux, embolie.* SAINT-GEORGES'HOSP. REPORTS; 1868, vol. III.

(1) Troisier. Thèse d'agrég., Paris, 1880, p. 101.
— (2) *Loc. cit.*, p. 107.

Les statisticiens apportent aussi tous les jours leur tribut à la géographie médicale. Citons le livre d'Œsterlen (*Handbuch der med. statistik*, Tubingue, 1865), les travaux de M. G. Sormani en Italie, et surtout les travaux de Bertillon (et en particulier les nombreux articles qu'il a insérés dans le dictionnaire de Dechambre).

La météorologie médicale réclame que nous rappelions après l'ouvrage de Fuster (cité plus haut) les travaux de M. Ch. Martins et surtout le livre de M. P. Foissac qui fut un ouvrage bien complet à l'époque où il vit le jour (en 1854). En voici le titre: *De la météorologie dans ses rapports avec la science de l'homme et principalement avec la médecine et l'hygiène publique*. Paris, 2 vol. in-8.

L'hygiène des pays chauds a été traitée d'abord par Celle (*Hygiène pratique des pays chauds ou Recherches sur les causes et le traitement des maladies de ces contrées*; puis récemment par le professeur Maurice Nielly (*Hygiène des Européens dans les pays intertropicaux*, in-12, Paris, 1884).

L'hygiène navale a été magistralement abordée par le professeur J.-B. Fonssagrives (*Traité d'hygiène navale*, ou de l'influence des conditions physiques et morales dans lesquelles l'homme de mer est appelé à vivre et des moyens de conserver sa santé. Paris, in-8, 1856).

De toutes les branches de la science qui se relient le plus étroitement à l'étude de la géographie médicale, il en est peu qui aient été l'objet de plus de travaux depuis les quarante ou cinquante dernières années que la climatologie médicale.

Depuis J. Clark (THE NATURE INFLUENCE OF CLIMAT, Londres, 1841), que de travaux sur ce sujet. Rappelons les études du docteur Edouard Carrière (surtout sur les climats de l'Italie), l'ouvrage du docteur P. Foissac, intitulé: *De l'influence des climats sur l'homme et des agents physiques sur le moral*. Paris, 2 vol. in-8, 1867); l'*Essai de climatologie théorique et pratique* de M. P. de Pietra-Santa (Paris, 1865, in-8); le bel article « Climat », de M. Jules Rochard, dans le dictionnaire de Jaccoud, et l'article plus récent de M. Fonssagrives sur le même sujet dans le dictionnaire de Dechambre; le livre du docteur Armand (*Traité de climatologie générale du globe*, études médicales sur tous les climats, in-8, Paris, 1873); l'ouvrage du docteur Ch. Pauly; *Climats et endémies*. (Paris, 1874).

ou dans la convalescence » du rhumatisme articulaire aigu ou subaigu est plus commune. La phlébite aiguë, la forme vraiment inflammatoire de la lésion veineuse, est plus rare. A ce titre, notre observation est précieuse et bien remarquable, car elle rentre dans le second cadre où les faits sont moins nombreux et où l'on ne peut se défendre d'accepter l'existence de lésions inflammatoires endophlébitiques précédant le thrombus.

Est-ce à dire pour cela qu'on ait une explication satisfaisante à fournir quant à l'étiologie et la pathogénie de la phlébite rhumatismale ? et notre observation apporte-t-elle un éclaircissement nouveau dans cette question obscure et hypothétique ? En aucune façon, il faut le reconnaître. On ne sait pas pourquoi la phlébite rhumatismale se développe chez telle ou telle personne plutôt que chez une autre. Ce qu'on peut affirmer ici, c'est que les conditions pathogéniques favorables au développement de la thrombose spontanée existaient je dirai presque idéalement réunies : notre malade venait de fournir les frais de trois longs mois de rhumatisme aigu articulaire et viscéral. L'endocarde avait été touché ; les deux plèvres étaient restées à moitié remplies par un épanchement inflammatoire ; bref, plusieurs des raisons étiologiques invoquées dans la phlegmatia se trouvaient coïncider : hypérinose, anémie, et par conséquent, comme l'a démontré le professeur Hayem, présence dans le sang d'un grand nombre d'hématoblastes de la lymphe plus riches en fibrine (1), d'où coagulation spontanée plus facile du sang dans les veines.

En outre, l'influence toute mécanique invoquée par Virchow, Lancereaux, O. Weber, pour expliquer le ralentissement de la circulation périphérique, la stase sanguine intraveineuse, facilitant la thrombose consécutive, apparaît dans notre observation en toute évidence.

Bref, il semble que la question si controversée de la genèse de la thrombose spontanée vienne compliquer encore la difficulté de la question de la phlébite rhumatismale. Faut-il, en vérité, se demander si la phlébite rhumatismale débute par une endophlébite primitive donnant consécutivement naissance à un caillot autochtone, ou si, au contraire, la thrombose veineuse est l'accident primitif et l'endophlébite la lésion secondaire ? Le problème est à peu près insoluble. Voici tout ce qu'on a le droit d'affirmer dans l'état actuel de nos connaissances : dans les cas de phlébite aiguë et même de phlébite subaiguë rhumatismale, les lésions veineuses accompagnent, précèdent sans doute, la formation des caillots sanguins ; mais il est certain d'autre part que, si l'on tient compte des observations publiées, l'influence de la stase sanguine s'exerce manifestement ici comme dans la phlegmatia alba dolens et joue un rôle considérable. Nous allons essayer de le démontrer.

L'endophlébite, admise même pour la phlegmatia par Cornil et Ranvier (1), ne peut pas être mise en doute pour les cas, rares à la vérité, où la phlébite aiguë apparaît avant la formation des caillots autochtones. Je n'en veux pour preuve que l'observation si remarquable de Trousseau et Peter (2) où l'on pouvait suivre pas à pas l'évolution des lésions inflammatoires qui préparaient le terrain à la thrombose consécutive. D'ailleurs le rhumatisme aigu qui frappe si volontiers sur les séreuses articulaires et endopéricardiaques, atteint aussi parfois l'endartère ; aucune raison ne l'empêche d'agir de même sur l'endophlèbe : l'identité anatomique et physiologique expliquerait au contraire l'identité des lésions articulaires, veineuses et cardio-artérielles. La seule différence résiderait dans les modifications pathologiques subies par le sang au contact de la séreuse circulatoire enflammée.

La rareté des *poussées veineuses* rhumatismales est aussi difficile à expliquer sans doute que celle des manifestations péritonéales ou arachnoïdiennes. La vaginalite, la péritonite et la méningite rhumatismales ne sont pas choses fréquentes. La phlébite rhumatismale a donc droit de cité, au même titre que nombre d'autres complications aiguës.

D'autre part, il faut reconnaître sans ambage que l'influence de la stase sanguine, si favorable au développement de la thrombose veineuse primitive, est ici logiquement acceptable, et par conséquent digne d'entrer en ligne de compte, après la lecture et l'étude comparative de toutes les observations réunies de phlébite rhumatismale. En voici les preuves :

1° La stase sanguine favorise le développement de la thrombose dans les veines des membres inférieurs, vérité indé-

(1) Voy. Hayem : COMPTES RENDUS DE L'ACAD. DES SC., 1880, et Troisier, *loc. cit.*, p. 116 et suiv.

(1) *Manuel d'histologie pathologique*, t. I, p. 623.
(2) *Clinique médicale.*

J'ai réservé pour la fin le magnifique ouvrage du docteur H.-Cl. Lombard (de Genève), qui a traité cette question de la climatologie médicale avec une si grande compétence et dans tous ses détails. Son livre, quelles que soient les critiques qu'on a pu lui adresser (et quel est l'ouvrage de cette importance qui pourrait être sans tache ?) restera comme une des œuvres les plus abondantes en documents. (*Traité de climatologie médicale*, comprenant la météorologie médicale et l'étude des influences du climat sur la santé. Paris, 1877-1880, 4 vol. in-8 avec atlas de 25 cartes).

Après avoir montré quelles sont aujourd'hui les ressources dont dispose le médecin qui entreprend un traité de géographie médicale, examinons le parti qu'a su en tirer M. le docteur Bordier.

Dr ALBERTUS.

(A suivre.)

CONCOURS. — Le concours ouvert pour une place de chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris s'est terminé par la nomination de M. le docteur H. Gilson, ancien interne des hôpitaux de Paris, comme chef de clinique titulaire, et de M. le docteur G. Boyé comme chef de clinique adjoint.

— Un concours pour la nomination à sept places vacantes d'interne titulaire en médecine dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine (Sainte-Anne, Villejuif, Ville-Evrard, Vaucluse et le dépôt des aliénés près la préfecture de police) s'ouvrira le lundi 1er décembre 1884, à midi précis, à l'asile Sainte-Anne, rue Cabanis, n° 1.

Peuvent concourir tous les étudiants en médecine pourvus de douze inscriptions et âgés de moins de trente ans révolus le jour de l'ouverture du concours.

Les candidats devront se faire inscrire à la préfecture de la Seine, pavillon de Flore, aux Tuileries (bureau du personnel), tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le jeudi 30 octobre jusqu'au samedi 15 novembre 1884 inclusivement.

SERVICE SANITAIRE AU SÉNÉGAL. — Un décret en date du 29 août 1884 organise sur des bases nouvelles le service sanitaire au Sénégal.

niable. Or, sur les *quinze* observations que l'on possède actuellement de phlébite rhumatismale, *quatorze fois* l'un des deux membres ou les deux inférieurs ont été pris, une seule fois le membre supérieur (le gauche) a été envahi seul. Le tableau ci-contre en rend compte :

Membres inférieurs.			Membres supérieurs.		Les quatre membres.
Gauche.	Droit.	(les deux).	Gauche.	Droit.	
7	3	3	1	—	1

Ce qui donne pour le

Membre inférieur	gauche	11	fois.
—	droit	7	fois.
— supérieur	gauche	2	fois.
—	droit	1	fois.

Il est intéressant de noter que la prédilection de la thrombose spontanée pour le membre inférieur gauche se retrouve ici, sur le terrain de la phlébite rhumatismale, explicable également par la disposition anatomique bien connue de la veine iliaque primitive gauche, comprimée à sa naissance par l'artère iliaque primitive droite ; qu'il me soit permis d'y ajouter une prédisposition locale évidente résultant de l'extrême fréquence des varices profondes du membre inférieur gauche. Disons, en passant, que l'altération des veines profondes atteintes de dilatation variqueuse constitue un « *locus minoris resistentiæ* » éminemment favorable au développement de la thrombose marastique; les varices, en effet, augmentent encore la stase sanguine en déterminant des insuffisances valvulaires, progressives et indélébiles, dans les veines du mollet, point de départ si habituel de la coagulation sanguine.

Concluons : *La stase sanguine favorise le développement de la phlébite rhumatismale.*

2° Seconde preuve : *la coexistence de lésions cardiaques est fréquente dans la phlébite rhumatismale.* Sur les 15 observations en question, je trouve *huit fois* notée l'existence de péricardite (1 fois), d'endocardite (6 fois) ou d'endopéricardite (1 fois), contrairement à l'opinion de Trousseau qui pensait que l'endophlébite détournerait à son profit la fluxion rhumatismale, au détriment de la séreuse endo-péricardiaque.

Il est inutile d'insister pour démontrer que l'endocardite mitrale ou aortique apportera son contingent à la gêne circulatoire veineuse et facilitera la stase sanguine dans les régions déclives du corps, et spécialement dans les membres inférieurs. Or, chez nos malades atteints de phlébite rhumatismale, le cœur a été touché dans un peu plus de la moitié des cas (8/15); ce qui nous permet de noter : la coexistence de lésions cardiaques et de la phlébite rhumatismale facilite le rôle de la stase veineuse. Sommes-nous en droit d'ajouter que cette coexistence est une nouvelle preuve de la prédilection du rhumatisme pour le système cardio-vasculaire ?

3° Troisième preuve, qui complète la précédente : *la coexistence de complications pleuro-pulmonaires est fréquente dans la phlébite rhumatismale.* En effet, sur nos 15 observations, 6 fois (1) l'existence de lésions pleurales ou pleuro-pulmonaires a été signalée. L'apparition de la phlébite a toujours été consécutive au développement des accidents pleuro-pulmonaires ; l'intervalle qui les a séparé de la phlébite a varié singulièrement depuis quinze jours (2 cas) jusqu'à trente-trois jours (1) et même deux mois (2). Quelle que soit d'ailleurs la durée de la pleurésie antérieure, son influence sur le développement de la phlébite rhumatismale ne peut être que favorable, par l'accroissement de la stase sanguine dans les veines périphériques : l'expansion pulmonaire entravée, n'est-ce pas la tension augmentée dans les veines caves ?

Si l'on remarque en outre que dans 4 cas les lésions cardiaques ont coïncidé avec les accidents pleuraux (obs. IV, VII, XV (3) et notre observation présente), on comprend quelle importance pathogénique doivent avoir les complications cardio-pleuro-pulmonaires dans la détermination de la phlébite rhumatismale. Ainsi, de même que pour les lésions cardiaques, les *complications pleuro-pulmonaires facilitent le rôle de la stase veineuse.*

Arrivés au terme de ces réflexions, nous pouvons sans doute finir par les CONCLUSIONS suivantes :

1° La phlébite rhumatismale est l'une des complications rares du rhumatisme articulaire aigu ;

2° Elle affecte de préférence les veines des membres inférieurs et plus particulièrement le gauche ;

3° La stase sanguine (de même que pour la phlegmatia dolens) semble être l'une des conditions déterminantes les plus actives qui favorisent la formation des caillots phlébitiques ;

4° La coexistence, très fréquemment signalée, de complications cardiaques et pleuro-pulmonaires antérieures, paraît y jouer un rôle important, quoique secondaire, en augmentant encore la pression sanguine intra-veineuse ;

5° Toutefois l'influence pathogénique de lésions inflammatoires primitives (endophlébite antécédente) paraît indiscutable ; elle ressort de l'observation détaillée qui a servi de base au présent mémoire.

(1) Schmitt, *loc. cit.* : Voy. obs. IV, VI, VII, IX et XV. Sur ces 5 observations, quatre fois la pleurésie et une fois seulement les accidents pulmonaires ont été observés. Nous y ajoutons notre observation personnelle.

(1) Voy. plus haut l'observation détaillée au commencement de ce mémoire.

(2) Voy. Lannois. REVUE DE MÉDECINE. Paris, juin, 1881.

(3) Voy. Schmitt, *loc. cit.* (obs. de Martinet, Virchow, Lannois). Remarquer que dans le travail de Schmitt les observations XIII et XVII ne signalent malheureusement ni l'état du cœur ni celui du poumon.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Thérapeutique chirurgicale.

I. INOCULATION DE L'ÉRYSIPÈLE DANS UN CAS DE CANCER INOPÉRABLE DU SEIN. — MORT. — EXAMEN HISTOLOGIQUE DU NÉOPLASME INOCULÉ, par le docteur O. JAENICKE et le professeur NEISSER, de Breslau (4). — II. UN CAS D'ÉLONGATION DES NERFS INTERCOSTAUX, par le professeur LESSER, de Leipzig (5).

L'influence salutaire qu'un érysipèle intercurrent peut exercer sur une affection antérieure est connue depuis fort longtemps. Hoffmann en fait mention dans un opuscule intitulé : *De Febre erysipelacea* (1765); Lorry (1777), Franck (1792), Renauldin, en parlent dans leurs œuvres. Berthier, Esquirol, Sponholz, Zencker, Kornilowicz, etc., ont cité des faits qui

(4) CENTRALBLATT FÜR CHIRURGIE, 1884, n° 25.

(5) DEUT. MEDIC. WOCHENSCHRIFT, 1884, n° 20.

témoignent de l'influence salutaire qu'un érysipèle peut exercer sur des psychoses ou des maladies nerveuses. Longue est la liste des médecins qui, après Alibert et Cazenave, ont fourni des preuves de l'influence curative que l'érysipèle exerce souvent sur les maladies cutanées rebelles à nos moyens de traitement. Cette question a fait le sujet des thèses inaugurales de MM. Ansaloni (Paris, 1872) et Chambon (1876). M. Mauriac (Gazette des hôpitaux, 1873) a étudié d'une façon spéciale l'influence salutaire de l'érysipèle sur les manifestations de la syphilis, influence qui n'avait pas échappé à la sagace observation de Ricord. Ce dernier, dans un cas de syphilis rebelle qui avait été traitée infructueusement par les divers agents de la médication spécifique, n'hésita pas à placer le malade dans des conditions susceptibles d'amener le développement d'un érysipèle par contagion. Il le fit installer entre deux lits occupés par des érysipélateux; il déposa à la surface d'une ulcération syphilitique du malade, des lambeaux d'épithélium recueillis en pleine poussée d'érysipèle chez un autre sujet. Ce fut en vain. Dans la suite, le malade fut atteint d'un érysipèle spontané de la face; en très peu de temps, les accidents syphilitiques se dissipèrent. M. Desprès a fait une tentative du même genre. Chez une femme qui a fait l'objet d'une présentation à l'Académie de médecine (1870) et qui était affectée, au siége, d'un chancre phagédénique serpigineux, rebelle depuis quatre ans à toute espèce de traitement, un érysipèle *provoqué* amena la guérison en fort peu de temps. Cette tentative a été renouvelée récemment et avec succès par un médecin russe, M. N. Schmitz (Meditzinski Westnik, juillet 1884) chez un malade dont le corps était couvert de syphilides tuberculeuses rebelles au traitement spécifique. Cet homme fut couché dans le voisinage d'un malade affecté d'un érysipèle; il contracta cette maladie dès le lendemain et en fut débarrassé au bout de sept jours. En deux semaines de temps, les ulcérations syphilitiques, qui toutes avaient été englobées dans la poussée érysipélateuse, s'étaient couvertes de granulations de bonne nature. Un autre exemple de guérison d'une syphilis sous l'influence d'un érysipèle intercurrent vient d'être publié par M. Wolski (Russkaja medicina, n° 15, 1884). D'autre part, Champouillon (Recueil de mémoires de médecine militaire, 3e série, t. XXII) a publié un cas d'arthrite chronique grave avec carie des surfaces articulaires et abcès multiples dans le voisinage de la jointure, où le développement d'un érysipèle intercurrent fut suivi d'une guérison rapide. M. Moiroud, dans sa thèse inaugurale (Paris, 1881), a cité des faits de rhumatisme, où les manifestations articulaires se sont dissipées sous l'influence d'un érysipèle intercurrent, mais pendant la durée de l'érysipèle seulement. M. Kopf (de Cracovie) a rapporté (Berliner klin. Wochenschrift, 1882, n° 19) quatre cas de rhumatisme polyarticulaire passés à l'état chronique, rebelles aux traitements vulgaires et guéris à la suite d'un érysipèle intercurrent. M. Schmidt a publié, il y a environ un an (St-Petersburger medic. Wochenschrift, 1883, n° 43), l'observation d'un homme de cinquante-cinq ans, qui, dans le cours d'une pleurésie exsudative, fut pris d'un érysipèle de la région thoracique à la suite d'une application de vésicatoire. Sous l'influence de cette poussée érysipélateuse, l'épanchement se résorba en quelques jours, et l'auteur de se demander si l'on ne pourra pas un jour solliciter la guérison d'une pleurésie, en mettant à profit la découverte de Fehleisen et en inoculant au malade un virus atténué suivant les procédés de M. Pasteur. Enfin Busch, Jasinzki, Volkmann, ont publié des exemples de guérisons de néoplasmes (sarcomes, kéloïdes, lymphosarcomes) survenues à la suite et sous l'influence d'un érysipèle.

— I. Ce sont les faits de Volkmann et de Busch qui ont déterminé M. Jænicke à recourir à l'inoculation du contage érysipélateux dans un cas de cancer inopérable du sein; tentative audacieuse, instructive à bien des égards, blâmable néanmoins, puisqu'elle a été suivie d'un dénouement fâcheux. M. Jænicke a fait cette tentative en collaboration avec M. Fehleisen, qui a découvert et cultivé le microcoque de l'érysipèle et qui avait déjà réussi à tuer une femme affectée de fibro-sarcomes multiples, en lui inoculant un produit de culture de ce microbe (1).

Le sujet de l'observation de M. Jænicke (une femme de quarante ans) avait été opéré une première fois en 1882 d'un cancer du sein gauche. Environ trois mois plus tard, une récidive obligea la malade à réclamer une seconde fois l'intervention du chirurgien. La dégénérescence carcinomateuse infiltrait les parties molles des régions pectorale et axillaire, et il ne pouvait plus être question d'une extirpation radicale. L'opération eut lieu néanmoins. Au mois d'avril 1883, la tumeur s'était reformée de plus belle; elle avait envahi le creux axillaire. La peau était soudée à la paroi thoracique par des brides carcinomateuses riches en tissu conjonctif. Bref, la tumeur était inopérable. Un examen minutieux ayant révélé que la plupart des organes étaient en bon état, Jænicke se décida à recourir au parti que nous venons de faire connaître. Le 20 mai, à onze heures du matin, il inocula un fragment, gros comme une tête d'épingle, d'une culture érysipélateuse préparée par Fehleisen, en un point de la tumeur où, sur une étendue d'un centimètre carré, il avait préalablement pratiqué des scarifications verticales et horizontales. Pour faciliter l'absorption de la matière inoculée, des frictions furent exercées avec le doigt au niveau des scarifications. Le soir même, à sept heures, la malade eut un frisson; sa température interne s'élevait à 40°,2. Le lendemain, à huit heures, une rougeur érysipélateuse couvrait presque toute la région pectorale gauche. T. 40°,6. P. accéléré, plein. L'état subjectif était mauvais. La région occupée par l'érysipèle était douloureuse. Dans la soirée, l'éruption avait envahi le côté gauche, région pectorale et creux axillaire. T. 41. P. 116. Les 21, 22 et 23, l'érysipèle gagnait en extension à gauche, pour envahir le cou, le bras, une partie du dos, le ventre. La température se maintenait au-dessus de 40°4. Le pouls (120-140) était devenu petit et arythmique à partir du second jour. La malade succomba dans la soirée du quatrième jour, sans qu'aucune autre complication fût survenue.

Voici maintenant les modifications présentées par la néoplasie pendant la durée de l'érysipèle. Un noyau gros comme une noisette, qui se trouvait au-dessous de la clavicule et qui était vraisemblablement un ganglion lymphatique dégénéré, avait diminué de consistance et de volume dès le second jour; le quatrième jour il avait complètement disparu. La masse carcinomateuse principale s'était ramollie et elle avait dû subir une diminution de volume dans son ensemble, car on pouvait maintenant plisser la peau à son niveau. A l'autopsie, on ne trouva, au lieu et place de la nodosité sous-claviculaire, qu'une couche mince de tissu conjonctif, infiltré de sérosité. Cette infiltration séreuse intéressait également la

(1) Voir Gazette médicale 1882, n° 41, p. 515.

masse cancéreuse principale (*squirrhe*), comme on pouvait s'en convaincre sur des coupes transversales. Nulle part on ne découvrait de traces d'une suppuration.

Le professeur Neisser a fait l'examen histologique d'un certain nombre de coupes intéressant le néoplasme dans toute son épaisseur. La tumeur était un squirrhe. Là où les nids cancéreux étaient le moins nombreux, la coloration avec le brun de Bismarck mettait en évidence des stries et des foyers de tissu conjonctif, parsemés de points à la fois très petits et très nets, et qui envoyaient dans la masse du carcinome des prolongements anastomosés entre eux, de plus en plus ténus, également constitués par des amas de points très fins.

A un grossissement un peu fort, on reconnaissait que tous ces amas et ces stries avec leurs prolongements se résolvaient en innombrables coccus d'assez forte taille, imprégnés de matière colorante et qui décrivaient des lignes sinueuses enchevêtrées les unes dans les autres. De gros amas, correspondant aux vaisseaux conjonctifs les plus épais, partaient des prolongements plus fins qui pénétraient dans les îlots cancéreux. La tumeur carcinomateuse avait donc été envahie par une masse innombrable de micrococcus. Ceux-ci avaient d'abord suivi les larges travées conjonctives, pour gagner ensuite les îlots cancéreux et finalement les cellules cancéreuses. Ils avaient effectué la destruction de ces dernières, sans aucune réaction inflammatoire dans le tissu conjonctif. Comme forme et comme agencement, ces micrococcus répondaient en tous points à la description que Koch et Fehleisen ont donnée des micrococques de l'érysipèle. Cette observation montre donc, comme le fait remarquer l'auteur, que le processus érysipélateux peut aboutir à la guérison d'une tumeur cancéreuse. Elle montre surtout le danger des inoculations pratiquées avec le contage de l'érysipèle.

II. Une femme de 61 ans éprouvait depuis des années une sensation constrictive, d'abord dans le côté droit du thorax, puis dans les deux côtés, avec douleurs lancinantes sur le trajet des nerfs intercostaux, qui s'irradiaient dans les seins. Ces douleurs étaient toujours plus vives dans le côté droit, où la malade éprouvait aussi par moments une sensation douloureuse en dedans du bord interne de l'omoplate. Au-dessous du rebord des fausses côtes, à droite, elle portait un lipome du volume d'une prune, indolent. La pression des apophyses épineuses des vertèbres et des autres parties du rachis n'était pas douloureuse. Il existait un léger degré de xyphoscoliose avec convexité tournée à droite. Les mouvements latéraux de la colonne vertébrale étaient douloureux; les glandes mammaires étaient très atrophiées, la droite surtout. En exerçant une pression à leur niveau, il s'échappait par le mamelon un liquide semblable à du lait; cet écoulement devenait plus abondant pendant les paroxysmes douloureux. Le liquide qui s'écoulait par le mamelon du côté droit était plus aqueux. Sous le microscope, on découvrait dans ce produit de sécrétion une grande quantité de gouttelettes adipeuses et quelques cellules arrondies contenant de la graisse. A la palpation des espaces intercostaux, on mettait en évidence les points douloureux caractéristiques de la névralgie intercostale. Il n'existait pas d'hyperesthésie cutanée. Les accès de névralgie, d'une grande intensité, éclataient principalement la nuit et duraient jusqu'à trois heures du matin. La malade prétendait n'avoir pas passé une seule bonne nuit depuis sept ans. Elle réclamait avec insistance une opération, quelle qu'elle fût, au besoin l'extirpation des deux seins, du foie, etc.

Le diagnostic de la cause de la névralgie présentait de réelles difficultés. En l'absence de troubles de la motilité et de la sensibilité aux membres (les réflexes tendineux étaient normaux), on pouvait à coup sûr éliminer l'hypothèse d'une affection de la moelle. Il n'y avait aucune raison positive de croire à un carcinome ou à une ostéite caséeuse de la colonne vertébrale. Restait l'hypothèse d'une arthrite déformante du rachis ou de varices du plexus veineux extra-rachidien, qui paraissait à M. Lesser la plus vraisemblable.

Cette femme avait été traitée par toutes sortes de remèdes (iodure de potassium, valériane et assa-fœtida, injections de morphine, teinture d'iode, vésicatoires, etc.); le mal subsistait. M. Lesser se décida à lui faire l'élongation des nerfs intercostaux du côté droit. Une incision fut pratiquée depuis le bord supérieur de la troisième côte à droite jusqu'au bord inférieur de la onzième côte. L'incision partait de la ligne axillaire pour se porter en arrière et en bas. Il fallut donc, pour arriver sur les espaces intercostaux, diviser des faisceaux du grand dentelé. Sept nerfs intercostaux (du quatrième au onzième) furent mis à nu, puis élongués dans le sens centripète et dans le sens centrifuge. Il en résulta une déchirure des sixième et dixième nerfs, dont un segment fut excisé. Ces deux fragments, examinés au microscope, ne présentaient rien d'anormal, sauf un peu de rougeur.

Après introduction de deux drains, la plaie fut fermée au moyen de sutures. La malade resta sans fièvre pendant trois jours. Durant cinq autres jours, elle présenta des exacerbations fébriles vespérales (38o,6). Le cinquième jour, on enleva les drains et la moitié des sutures; la cicatrisation s'était faite par première intention. Le lendemain, la malade pouvait quitter le lit; elle dormait d'un sommeil calme. De temps à autre, elle se plaignait de tiraillements légèrement douloureux dans le côté droit et d'une sensation de constriction dans la partie inférieure du thorax à gauche, mais plus de paroxysmes douloureux. La malade s'en retourna chez elle le onzième jour après l'opération. Elle n'a pas donné de ses nouvelles.

M. Lesser fait ressortir la curieuse particularité que présentait cette femme, d'une galactorrhée survenue sous l'influence d'une névralgie intercoetale et coïncidant avec une mastodynie. Cette particularité semble être unique en son genre, et à ce propos Lesser rappelle qu'Erb, dans son important ouvrage sur les *Maladies du système nerveux périphérique* (ZIEMSSENS'S HANDBUCH; t. XII, p. 146, 1876), a écrit ceci : « Nous ne savons rien des modifications de la sécrétion lactée dans les névralgies ordinaires. »

Il insiste ensuite sur certains détails du manuel opératoire: les nerfs et les vaisseaux intercostaux ne correspondent pas au bord inférieur de la côte; il faut pour les atteindre remonter sur la face interne de la côte, dans une sorte de gouttière limitée par cette face interne et par le muscle intercostal interne. Ils sont fixés dans cette gouttière par une membrane conjonctive, que M. Lesser propose d'appeler *aponévrose intercostale interstitielle*, et qui ne forme pas toujours une lame continue, mais une série de brides séparées par des échancrures. Pour mettre le nerf à nu, M. Lesser recommande de procéder de la façon suivante : après avoir divisé les fibres du grand dentelé, puis le muscle intercostal externe le long du rebord inférieur de la côte, soulever celle-ci avec un crochet, diviser l'aponévrose intercostale interstitielle. On arrive alors facilement sur les vaisseaux et le nerf, et on peut attirer celui-ci dans l'espace intercostal sans crainte de léser la plèvre.

Sur les préparations qui ont servi de modèles pour les dessins qui figurent dans la plupart des traités d'anatomie, l'aponévrose intercostale interstitielle avait sans doute été divisée; les vaisseaux et les nerfs avaient été ainsi amenés dans une situation autre que celle qu'ils occupent sur le vivant.

E. Ricklin.

BIBLIOGRAPHIE

De la spermatorrhée, par le docteur A. Malécot, broch. in-8 de 135 pages. — Paris, O. Doin, 1884.

Quel est le praticien, tant soit peu occupé, qui n'a eu maintes fois l'occasion de constater la bénignité relative des troubles morbides offerts par la plupart des hommes qui viennent leur demander de les guérir de la spermatorrhée?

En vain a-t-on gardé dans la mémoire le tableau si chargé de noir qu'avait tracé Lallemand des conséquences terribles auxquelles aboutissent les pertes séminales involontaires! L'expérience est un grand maître; et l'on ne tarde guère à constater que le meilleur remède à ordonner à la plupart des spermatorrhéiques ou prétendus tels consiste à obtenir d'eux qu'ils ne s'adonnent plus à la lecture des livres de vulgarisation ou plutôt de réclame qui, sous le titre de *Conseils aux hommes affaiblis*, ou sous des titres analogues, sèment la terreur dans l'âme de bien des gens. Assurément les lectures de ce genre ne rendent pas spermatorrhéique, mais elles occasionnent généralement une hypochondrie des plus tenaces.

La thèse inaugurale du docteur Malécot a le mérite de juger la question à l'aide des ressources de la science moderne, analyses chimiques, examen microscopique, sans compter le secours d'une étude clinique sérieuse. C'est une sorte d'enquête patiemment poursuivie et consciencieusement élaborée.

M. Malécot reconnaît trois formes de spermatorrhée:

1° Une *spermatorrhée physiologique* observée spécialement chez les hommes que leur genre de vie maintient dans un état de continence prolongée. Cette forme de spermatorrhée se traduit par des pollutions nocturnes ou par des pertes séminales pendant la défécation ou pendant la miction;

2° Une *spermatorrhée pathologique*, symptôme ou conséquence bien plus qu'elle n'est la cause de troubles ou de maladies des centres nerveux;

3° Une *spermatorrhée imaginaire*, de beaucoup la plus fréquente, et presque toujours sous la dépendance d'un état d'hypochondrie. Le plus souvent cette prétendue spermatorrhée n'est autre chose que l'écoulement du liquide filant (hypersécrétion des glandes de Cooper), qui succède à des érections prolongées ou qui accompagne la période d'excitation précédant les rapports sexuels, ou qui survient aussi parfois durant les efforts de défécation. D'autres fois elle n'est représentée que par un reste d'uréthrite chronique.

Le traitement doit varier suivant la forme de la spermatorrhée. Les éjaculations presque physiologiques dues à la continence seront prévenues par les exercices corporels et les antispasmodiques.

Dans les cas de spermatorrhée pathologique, on combattra surtout la cause; mais on devra aussi chercher à diminuer la part d'influence qu'ont les pollutions involontaires sur l'affaiblissement des forces par l'hydrothérapie, par les bains de mer, par les bromures (quelquefois) ou à du recourir à la circoncision). Quant à la spermatorrhée imaginaire, c'est un traitement moral qui seul pourra s'en rendre maître, traitement dont les détails et aussi l'efficacité varieront suivant l'état mental des sujets. Si une mauvaise interprétation d'un symptôme a donné naissance à l'affection imaginaire, une explication concluante pourra suffire. Si cet état est entretenu par des lectures médicales, il faut chercher à bien saisir le joint qui permettra de gagner petit à petit la confiance des malades, confiance que des dénégations trop formelles et surtout trop précipitées auraient effarouchée bien vite. Les antispasmodiques viendront fructueusement à l'aide de la dialectique souvent impuissante du médecin.

Voilà donc une œuvre sérieuse et par-dessus tout utile. Nous félicitons M. Malécot.

Dr Albertus.

FORMULAIRE

Traitement de l'hémicranie par le salicylate de soude.

Rec. Salicylate de soude........ 4 grammes.

A prendre en deux fois, à une demi-heure d'intervalle.

Ce traitement, d'après M. Finkenstein (Wratsch., 1884, n° 29), est héroïque contre les accès d'hémicranie angio-spastique. Habituellement, la céphalalgie se dissipe de 5 à 10 minutes après la seconde prise.

E. R.

NOTES & INFORMATIONS

Rapport au président de la République française.

Monsieur le président,

C'est au ministère du commerce que sont spécialement confiées, depuis de nombreuses années, la direction et la tutelle de la santé publique. Le système des institutions sanitaires qui relèvent de ce département et qui comprend les médecins sanitaires en Orient, les agences du littoral, la police des eaux minérales, les médecins des épidémies, les conseils et les commissions d'hygiène et de salubrité, est complété par l'établissement, au siège de l'administration centrale, d'un comité supérieur qui a pour mission d'éclairer l'autorité dans toutes les questions sanitaires et qui est comme le grand conseil de l'hygiène publique.

C'est à la République de 1848 que revient l'honneur d'avoir institué ce comité, qui a rendu depuis sa fondation les services les plus signalés. Créé par un arrêté du chef du pouvoir exécutif du 10 août 1848, le comité a subi des modifications successives et se trouve actuellement régi par un décret du 14 octobre 1879.

Il m'a paru que l'organisation actuelle du comité était susceptible de recevoir certaines améliorations destinées à accroître ses moyens d'action et à augmenter sa légitime autorité. Après avoir pris l'avis des hommes les plus compétents en ces matières, j'ai rédigé le projet de décret suivant, qui réorganise le comité consultatif d'hygiène publique de France et que j'ai l'honneur de soumettre à votre haute approbation.

Ce projet de décret contient plusieurs innovations importantes sur lesquelles je crois utile d'insister.

Le comité se compose, comme par le passé, de membres de droit siégeant en raison de leurs fonctions, et de membres nommés par le ministre parmi les savants, les médecins, les chimistes, spécialement désignés par la nature de leurs travaux. Actuellement, le ministre procède directement à ces nominations. J'ai pensé qu'il y aurait avantage à restituer au comité le droit de présentation qui lui a appartenu jusqu'en 1879. La nomination faite directement par le ministre a l'inconvénient grave de laisser croire que le comité n'a point, dans l'étude des questions qui lui sont confiées, une indépendance suffisante vis-à-vis de l'administration. Bien que ce reproche n'ait jamais été justifié, j'estime qu'il convient de le rendre impossible, et j'ai l'honneur de vous proposer de décider que désormais les membres du comité nommés par le mi-

nistre le seront sur une liste de présentation dressée par le comité tout entier et portant trois candidats pour chaque emploi vacant.

Une autre disposition sur laquelle j'appellerai votre attention est celle qui institue des auditeurs auprès du comité consultatif d'hygiène publique. Assistant aux délibérations du comité, prenant part à ses travaux, les auditeurs pourront ainsi se préparer à entrer plus tard dans les divers services de l'hygiène avec les connaissances et l'expérience nécessaires. Ce sera une pépinière qui a fait jusqu'à présent défaut pour le recrutement du personnel sanitaire à tous les degrés. Ces auditeurs, dont les fonctions seraient gratuites, seraient nommés par le ministre du commerce, sur la proposition du comité, et pour une période de trois ans, toujours renouvelable.

A côté du comité, et pour servir de trait d'union entre l'administration et lui, je vous propose d'instituer un comité de direction des services de l'hygiène, qui serait composé du président du comité d'hygiène, de l'inspecteur général des services sanitaires et du directeur du service compétent. Ce comité aurait pour mission d'étudier les solutions à donner par l'administration à toutes les affaires ressortissant au service de la police sanitaire, sauf, bien entendu, à en référer, comme aujourd'hui, au comité lui-même, pour toutes celles qui présenteraient une certaine importance. En vous proposant d'établir ce comité, qui constituera un conseil permanent, mon but est de donner aux affaires de l'hygiène une direction homogène s'inspirant des principes de la science médicale. Il n'y aura plus une seule question, si modeste qu'elle puisse être, dont la solution n'ait été préparée par des hommes compétents.

Je ne m'arrêterai pas aux autres dispositions du projet de décret qui s'expliquent suffisamment d'elles-mêmes et qui sont empruntées pour la plupart aux règlements existants. Tel qu'il est, ce projet me paraît réaliser un progrès sérieux. J'aurai d'ailleurs l'honneur de vous soumettre prochainement un ensemble de dispositions en vue de réorganiser les services extérieurs de l'hygiène et de leur donner la vitalité et la force dont ils ont besoin pour veiller efficacement à la sauvegarde de la santé publique.

Veuillez agréer, monsieur le président, l'hommage de mon profond respect.

Le ministre du commerce,
CH. HÉRISSON.

Le président de la République française,

Sur le rapport du ministre du commerce,

Vu l'arrêté du chef du pouvoir exécutif, en date du 10 août 1848, établissant un comité consultatif d'hygiène publique près du ministère de l'agriculture et du commerce;

Vu les décrets en date des 1er février et 2 décembre 1850, qui apportent à l'arrêté ci-dessus diverses modifications;

Vu les décrets en date des 23 octobre 1856, 5 novembre 1869, 15 février, 7 et 14 octobre 1879, 4 mars 1881 et 8 mars 1884, relatifs à l'organisation du comité consultatif d'hygiène publique,

Décrète :

Art. 1er. — Le comité consultatif d'hygiène publique de France institué près du ministère du commerce est chargé de l'étude et de l'examen de toutes les questions qui lui sont renvoyées par le ministre, spécialement en ce qui concerne :

La police sanitaire maritime, les quarantaines et les services qui s'y rattachent;

Les mesures à prendre pour prévenir et combattre les épidémies et pour améliorer les conditions sanitaires des populations manufacturières et agricoles;

La propagation de la vaccine;

Le régime des établissements d'eaux minérales et le moyen d'en rendre l'usage accessible aux malades pauvres ou peu aisés;

Les titres des candidats aux places de médecins inspecteurs des eaux minérales;

L'institution et l'organisation des conseils et des commissions de salubrité;

La police médicale et pharmaceutique;

La salubrité des logements, manufactures, usines et ateliers;

Le régime des eaux au point de vue de la salubrité.

Le comité indique au ministre les questions à soumettre à l'Académie de médecine.

Il est publié chaque année un recueil des travaux du comité et des actes de l'administration sanitaire.

Art. 2. — Le comité consultatif d'hygiène publique est composé de vingt-trois membres.

Sont de droit membres du comité :

1o Le directeur des affaires commerciales et consulaires au ministère des affaires étrangères;

2o Le président du conseil de santé militaire;

3o L'inspecteur général, président du conseil supérieur de santé de la marine;

4o Le directeur général des douanes;

5o Le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique;

6o Le directeur du commerce intérieur au ministère du commerce;

7o L'inspecteur général des services sanitaires;

8o L'inspecteur général des écoles vétérinaires;

9o L'architecte inspecteur des services extérieurs du ministère du commerce.

Le ministre nomme les autres membres, dont huit au moins sont pris parmi les docteurs en médecine.

En cas de vacance parmi les membres nommés par le ministre, la nomination est faite sur une liste de trois candidats, présentée par le comité.

Art. 3. — Le président et le vice-président, choisis parmi les membres du comité, sont nommés par le ministre.

Art. 4. — Un secrétaire, ayant voix délibérative, est attaché au comité. Il est nommé par le ministre.

Un secrétaire-adjoint peut, si les besoins du service l'exigent, être attaché au comité; il est également nommé par le ministre; ses fonctions sont gratuites.

Le chef du bureau de la police sanitaire et industrielle assiste, avec voix délibérative, à toutes les séances du comité et des commissions.

Art. 5. — Le ministre peut autoriser à assister aux séances du comité, avec voix consultative et à titre temporaire, soit les fonctionnaires dépendant ou non de son administration, soit les docteurs en médecine ou toutes autres personnes dont la présence serait reconnue nécessaire pour les travaux du comité.

Art. 6. — Des auditeurs peuvent être attachés au comité avec voix consultative. Ils sont nommés par le ministre, sur les propositions du comité et pour une période de trois ans toujours renouvelable. Leurs fonctions sont gratuites.

Art. 7. — Le ministre peut nommer membres honoraires du comité les personnes qui en ont fait partie.

Art. 8. — Le comité se réunit en séance au moins une fois par semaine.

Il se subdivise, pour l'étude préparatoire des affaires, en commissions dont le nombre et la composition sont arrêtés par le président. Ces commissions se réunissent sur la convocation du président.

Art. 9. — Il est institué près du ministère du commerce un comité de direction des services de l'hygiène composé du président du comité consultatif d'hygiène publique, de l'inspecteur général des services sanitaires, et du directeur du commerce intérieur.

Le chef du bureau de la police sanitaire et industrielle assiste, avec voix consultative, aux séances de ce comité.

Art. 10. — Les membres du comité consultatif d'hygiène publique et du comité de direction des services de l'hygiène ont droit, pour chaque séance à laquelle ils assistent, à un jeton d'une valeur de quinze francs.

Le secrétaire du comité consultatif d'hygiène publique ne reçoit

pas de jetons de présence : il touche une indemnité annuelle qui est fixée par arrêté du ministre.

Art. 11. — Sont rapportés les décrets susvisés des 23 octobre 1856, 5 novembre 1869, 15 février 1879, 7 et 14 octobre 1879, 4 mars 1881 et 8 mars 1884.

Art. 12. — Le ministre du commerce est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au Bulletin des lois.

Fait à Mont-sous-Vaudrey, le 30 septembre 1884.

JULES GRÉVY.

Par le président de la République :

Le ministre du commerce,

Ch. Hérisson.

***

Choléra

Le Journal officiel publie le tableau des décès cholériques survenus en France du 20 au 26 septembre.

Voici le résumé de ce tableau :

Nombre de communes atteintes.

Du 13 au 19 septembre		61
Du 20 au 27 septembre	Déjà atteintes... 46 / Nouvellement atteintes... 16	62

Nombre de décès signalés.

Du 13 au 19 septembre	210	Diminution, 33
Du 20 au 26 septembre	117	

Les communes atteintes appartiennent aux départements suivants: Ardèche, Aude, Bouches-du-Rhône, Cantal, Drôme, Gard, Garonne (Haute-), Gers, Hérault, Pyrénées-Orientales, Var, Vaucluse, Yonne et Seine.

Ce dernier département figure dans le total pour deux décès, dont un à Saint-Denis et un à Saint-Ouen.

— Marseille. — Le bulletin officiel de l'état civil donne les renseignements suivants sur la mortalité causée par le choléra pendant le dernier septenaire :

Du 25 au 26	septembre.	— Décès cholériques	4
26 — 27	—	—	6
27 — 28	—	—	4
26 — 29	—	—	5
29 — 30	—	—	3
30 — 1er	octobre	—	2
1er — 2	—	—	2

— Toulon. — A Toulon et dans le Var, le choléra est toujours en décroissance.

— Hérault, Gard, Ardèche, Pyrénées-Orientales. — La situation, dans ces quatre départements, est à peu près la même que pendant la semaine dernière. M. Bauveret, agrégé de la Faculté de médecine de Lyon et chef de la mission sanitaire envoyée dans l'Ardèche, a été frappé de la maladie à Villeneuve-de-Berg; l'état de notre courageux confrère n'inspire plus heureusement d'inquiétude. On signale une légère recrudescence de l'épidémie à Nîmes.

Des cas de choléra se sont montrés en outre sur quelques points du Cantal, de la Corrèze, de l'Ariège, de la Drôme, de l'Yonne. Ce sont toujours les villages qui sont le plus sévèrement frappés.

Il est question d'instituer un lazaret à l'entrée de la Seine. MM. les docteurs Brouardel, Proust et M. Nicolas, directeur du commerce intérieur au ministère du commerce, se sont rendus au Havre pour en étudier l'emplacement.

— Algérie. — Le choléra a fait plusieurs victimes à Bône parmi les passagers du vapeur *Abd-el-Kader*. Il a éclaté à Oran, où le nombre des cas et le chiffre des décès sont encore peu considérables. Il est signalé à Alger.

— Le conseil municipal d'Alger a nommé une commission sanitaire permanente de dix membres, composée du maire, des trois adjoints, de trois conseillers municipaux et de trois médecins.

Il a repoussé la proposition tendant à l'installation d'un service sanitaire à la gare d'Alger et a émis le vœu suivant :

1° Que la rentrée du lycée soit ajournée;

2° Que, conformément à l'avis de la commission médicale, il soit sursis à l'appel des réservistes dans les trois départements algériens;

3° Que tous les mouvements de troupe soient suspendus.

Ces deux derniers vœux ont été transmis au ministre de la guerre avec un avis favorable.

— Le ministre de la guerre, en vue de combattre la propagation du choléra, vient d'accorder aux troupes de l'Algérie un supplément de solde de 5 centimes par homme et par jour.

Ce supplément est destiné à l'alcoolisation de l'eau bue par les troupes.

— Italie. — Un troisième foyer s'est développé en Italie : Gênes, après la Spezzia et Naples, paye aussi son lourd tribut à l'épidémie. Il y a eu dans cette ville :

Le 24 septembre	9	cas de choléra	5	décès.
25 —	51	—	20	—
26 —	38	—	22	—
27 —	39	—	27	—
28 —	52	—	26	—
29 —	66	—	47	—
30 —	52	—	30	—
1er octobre	45	—	19	—

— A Naples, on a relevé durant la même période :

Le 25 septembre	201	cas de choléra	95	décès
26 —	166	—	63	—
27 —	166	—	74	—
28 —	118	—	67	—
29 —	122	—	61	—
30 —	136	—	57	—
1er octobre	82	—	55	—

— Un journal italien publie des données statistiques sur la mortalité à Naples durant les épidémies cholériques qui ont sévi dans cette ville depuis 1836.

Pendant cette période de quarante-huit années, la ville de Naples a été visitée par le fléau huit fois :

En 1836, il est mort du choléra	5.300	personnes.
— 1837, — —	13.800	—
— 1854, — —	8.500	—
— 1855, — —	1.300	—
— 1865, — —	2.200	—
— 1866, — —	3.470	—
— 1867, — —	300	—
— 1873, — —	1.280	—
Ce qui, pour les huit années cholériques, donne un total de..........	36.150	morts.

Pendant l'épidémie actuelle, il a été déjà constaté à Naples plus de 5,500 décès cholériques.

— Espagne. — L'épidémie continue à décroître dans les provinces qu'elle avait envahies.

R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie. — On annonce la mort de M. le docteur Castillon à Bessèges (Gard), victime du choléra.

— Nous apprenons également la mort de M. le docteur Letan, à Saint-Mandé, et de M. le docteur Grosgurin, à Gex (Ain).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le docteur Brun est nommé chef des travaux anatomiques du laboratoire de clinique médicale de la Pitié. M. Berlioz est nommé chef des travaux chimiques du même laboratoire.

***

ASILE PUBLIC D'ALIÉNÉS DE MARÉVILLE. — En exécution de l'arrêté préfectoral du 5 juin 1882, approuvé par M. le ministre de l'intérieur, un concours public s'ouvrira le mardi 18 novembre 1884, à trois heures du soir, à la Faculté de médecine de Nancy, pour la nomination de deux internes à l'asile.

Sont admis à concourir : les étudiants en médecine français ayant au moins douze inscriptions pour le doctorat.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 19 AU JEUDI 25 SEPTEMBRE 1884.

Fièvre typhoïde 42. — Variole 2. — Rougeole 19. — Scarlatine 3. — Coqueluche 9. — Dipthérie, croup 20. — Dysentérie 0. — Erysipèle 3. — Infections puerpérales 3. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 37. — Phthisie pulmonaire 201. — Autres tuberculoses 14. — Autres affections générales 67. — Malformation et débilité des âges extrêmes 43. — Bronchite aiguë 11. — Pneumonie 41. — Athrepsie gastro-entérite) des enfants élevés : au hiberon 66, — au sein et mixte 34. — Inconnu 8. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 72. — de l'appareil circulatoire 50. — de l'appareil respiratoire 43. — de l'appareil digestif 55 — de l'appareil génito-urinaire 26. — de la peau et du tissu lamineux 6. — des os, articulations et muscles 10. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 2. — Epuisement 0. — Causes non définies 2. — Morts violentes 34. — Causes non classées 3. — Total de la semaine : 922 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS

DU CANCER PRÉCOCE DE L'ESTOMAC, par le docteur Marc Mathieu, ancien interne des hôpitaux. Paris, 1884, gr. in-8 de 148 pages. — Prix : 3 fr. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

HISTOIRE DE LA FIÈVRE JAUNE AU BRÉSIL, par Edmond Gouy, docteur en médecine de la Faculté de Paris. Paris, 1884, gr. in-8 de 107 pages. — Prix : 2 fr. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

LA LUTTE CONTRE LE CHOLÉRA, par H. Hanbart, in-8 de 8 pages. — Prix 50 centimes. — Paris, 1884, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

L'ORGANISATION A PARIS D'AMBULANCES URBAINES ANALOGUES A CELLES DES GRANDES VILLES D'AMÉRIQUE. PREMIERS SECOURS AUX MALADES ET BLESSÉS, par M. le docteur Henri Nachtel, avec une lettre de M. Victor Hugo. Brochure in-8. — Prix : 75 centimes. — Paris, G. Masson, 120, boulevard Saint-Germain.

ETUDE COMPARÉE SUR LE LAIT DE FEMME, DE L'ANESSE, DE LA VACHE ET DE LA CHÈVRE, suivie de tableaux d'analyse, par Henri Féry, chef des travaux chimiques du laboratoire de la clinique des maladies des enfants. In-8 de 44 pages. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, 1884, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

55e année. 7e série. Tome Ier. — N° 41 — 11 OCTOBRE 1884

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

DU TRAITEMENT DES TUMEURS ÉRECTILES PAR L'ÉLECTROLYSE (1), par le docteur DELORE.

La tumeur érectile est une affection dans laquelle les capillaires se développent en grand nombre sous l'influence d'un processus morbide. On y observe fréquemment des sinus et même de grandes cavités pleines de sang. Sous ce rapport, il y a une analogie frappante avec le placenta et les sinus utérins.

Les tumeurs érectiles ont fréquemment l'hérédité comme cause première ; cependant elles sont rarement congénitales, et c'est habituellement le troisième ou le quatrième jour qu'on les voit naître et se développer. En huit jours, elles acquièrent tout leur développement qu'elles ne dépassent pas dans beaucoup de cas. Mais quelquefois aussi elles prennent une allure rapide et envahissante et, si on ne les arrête pas, elles déterminent des accidents graves et des difformités regrettables. Elles offrent encore un danger, c'est, si elles sont piquées, de donner lieu à des hémorrhagies.

Dans quelques cas heureux, une régression scléreuse envahit les vaisseaux par groupes et on voit la surface de la tumeur couverte de cicatrices blanchâtres qui s'irradient dans plusieurs sens.

Le siège habituel de cet état morbide est la face ; cependant j'en ai observé fréquemment dans le cuir chevelu, surtout dans la région bregmatique ; j'en ai rencontré également au milieu de la région dorsale, dans la région deltoïdienne, etc.

Le siège de prédilection étant habituellement la face, on comprend combien la question de cicatrice prend de l'importance. Elle doit être l'objet principal de la préoccupation du chirurgien pour le choix d'un procédé opératoire.

Dans la plupart des cas, il faut opérer de bonne heure ; l'opération hâtive est préférable, car la plupart des procédés réussissent et le traitement ne laisse pas de cicatrices.

Quand on est décidé à l'opération, il faut faire choix d'une méthode.

Examinons les qualités d'une bonne méthode :

(1) Lu au congrès de l'Association pour l'avancement des sciences.

1o Il faut que l'opération soit précise, c'est-à-dire que, sous prétexte de détruire le mal, on n'aille pas attaquer les parties saines. Ce reproche peut s'adresser à la cautérisation *en général* et en particulier au perchlorure de fer que j'ai vu souvent déterminer des eschares et des cicatrices difformes.

2o Le procédé doit être suffisamment puissant pour détruire les vaisseaux et les cavités vasculaires développées d'une façon morbide.

Il faut que l'opération puisse être renouvelée à volonté, car aucune méthode ne peut se vanter de détruire en une seule fois l'élément morbide. On ignore du reste, quand on commence une opération, si de nouveaux vaisseaux ne proliféreront pas à mesure qu'on les détruira et ne nécessiteront pas une intervention nouvelle. L'absence de précision et l'impossibilité de recommencer constituent le vice capital de la vaccination.

3o Une bonne méthode doit permettre de détruire le mal en faisant des cicatrices aussi légères que possible.

J'ai vu quelquefois des chirurgiens se figurer qu'on pouvait guérir de véritables tumeurs érectiles sans cicatrices ; c'est une illusion. Quand la peau a été envahie par des vaisseaux sous l'influence du processus érectile, ce nouveau tissu morbide doit être détruit ; il y a là nécessité. Quand l'affection débute et se borne à deux ou trois vaisseaux, on peut espérer avoir des cicatrices à peine apparentes ; mais, quel que soit le procédé, s'il y a guérison, il y a destruction.

Les tumeurs érectiles se présentent sous des aspects si divers qu'il leur faut nécessairement des moyens thérapeutiques différents. Pour la plupart, l'*électrolyse* est un excellent procédé, infiniment supérieur aux autres ; quand les tumeurs érectiles sont énormes, à marche rapidement envahissante, je réserve pour elles la ligature unie à la cantérisation.

L'*électrolyse* offre toutes les conditions que nous avons énumérées ; elle présente les avantages suivants : elle est éminemment précise ; c'est le plus précis de tous les procédés. Avec une fine aiguille d'or qu'on tient à la main et s'aidant d'une loupe au besoin, on peut attaquer les vaisseaux les plus fins et les plus déliés.

Le courant électrique peut avoir une grande puissance et agir avec une énergie destructive des plus rapides. On peut graduer le courant à volonté. Toutefois il faut avouer que les grosses tumeurs érectiles avec grands sinus sont difficilement détruites par ce procédé seul.

L'électrolyse laisse aussi peu de cicatrices que possible ; quand on veut faire disparaître un vaisseau isolé, peu volumineux, il suffit de le piquer et de faire passer un faible courant pendant un espace de temps très court. Si le tissu morbide occupe une surface continue ou produit çà et là de petits foyers cicatriciels et quand le tissu inodulaire a tout envahi, on s'arrête. La possibilité de recommencer l'opération autant de fois que besoin est permet d'agir tout d'abord avec modération et prudence et par conséquent de ne pas dépasser le but.

Action de l'électrolyse. — Je signale en passant une erreur

dans lequelle tombent par inattention quelques chirurgiens; ils confondent le galvano-cautère et l'électrolyse. Dans l'électrolyse, c'est l'électricité qui décompose et non point la chaleur; électrolyse signifie dissolution par l'électricité.

C'est donc une désagrégation des tissus; elle est plus ou moins énergique, mais c'est une décomposition. Les acides qui sont électro-négatifs se portent au pôle positif et les bases se rendent au pôle négatif. Au pôle positif se produit une ébullition due sans doute à de l'acide carbonique; en même temps, le tissu érectile devient pâle et blanchâtre. Ce fait est dû soit à la contraction électrique des parois vasculaires, soit à la cautérisation électrique. Autour du pôle négatif, la cautérisation est moins due aux bases que celle due aux acides au pôle positif; de là la nécessité de changer plus souvent l'aiguille du pôle positif que celle du pôle négatif. Au pôle positif, il y a un dégagement gazeux plus rapide et une action chimique plus intense.

Un mot maintenant sur l'appareil :

Le succès de l'électrolyse, je n'hésite pas à le dire après une longue pratique, réside tout entier dans un appareil qui fonctionne régulièrement.

A l'époque où nous vivons, il faut pouvoir obtenir le résultat cherché, à l'heure et à la minute désignées d'avance. C'est ce qui fait la supériorité de l'appareil Chardin que je vous présente aujourd'hui et qui offre les particularités suivantes :

Il a été imaginé pour le cabinet du docteur, c'est-à-dire pour un service intermittent. Il fonctionne au moyen d'une solution de bichromate de potasse, ce qui lui permet de donner une tension électro-motrice énergique et des effets de quantité par l'action directe du liquide excitateur sur les éléments.

La pile est en porcelaine émaillée, à deux compartiments; le liquide occupe le compartiment inférieur et l'appareil est au repos. Le compartiment supérieur renferme les éléments zinc et charbon. L'appareil fonctionne quand il est couché sur le dos, et cette situation anormale indique après l'opération qu'il faut le remettre en repos.

Des orifices spéciaux sont disposés pour le dégagement des gaz; cette précaution est fort importante pour empêcher la rupture des porcelaines, qui se produisait fréquemment dans la pile Faucher. Voilà près de deux ans que je possède ce nouvel appareil et il n'a pas eu un seul instant de défaillance.

Le nombre des piles est en raison de la force qu'on veut obtenir.

II. *Mode opératoire.* — L'enfant étant placé sur les genoux d'un aide, le chirurgien se met en face, tenant entre ses mains deux aiguilles d'or avec lesquelles il pique les vaisseaux principaux. Dès que les deux aiguilles sont introduites dans les tissus, on voit des bulles se dégager surtout au pôle positif et les aiguilles s'entourent d'une auréole blanche, due soit à la cautérisation, soit à la contracture vasculaire. Il faut agir tout d'abord a la périphérie, sur les vaisseaux qu'on suppose alimenter l'angiome. On laisse l'aiguille en place, d'autant plus longtemps qu'on désire obtenir une action rapide et énergique. A un moment donné, si le sujet est âgé de quelques mois seulement et si le nœvus est de moyenne dimension, la surface devient complètement blanche et le chirurgien doit suspendre son action opératoire. Ce n'est pas que tous les vaisseaux soient définitivement détruits; mais, si l'on continuait à faire passer le courant électrique, on produirait une escharification complète de la tumeur. Or, ce n'est pas ce qu'on veut obtenir; le chirurgien doit rechercher, à mon avis, les îlots cicatriciels aussi petits et aussi nombreux que possible, dont la rétraction exerce la sténose et une action atrophique sur les vaisseaux adjacents. Voilà l'objectif; mais, dans les cas graves, on va bien au delà et on est obligé de recourir à la destruction du tissu morbide.

Une opération d'électrolyse, si l'appareil fonctionne énergiquement, doit durer cinq minutes environ.

Il ne faut pas se le dissimuler, l'électrolyse est un procédé douloureux; les grandes personnes qui l'ont subie une première fois éprouvent une répugnance prononcée à s'y soumettre de nouveau. Pour les enfants, il est préférable de ne pas les anesthésier, car à peine le courant électrique a-t-il cessé qu'ils se mettent à téter et reprennent leur bonne humeur. Toutefois les souffrances qu'ils éprouvent et les cris qu'ils poussent sont une raison d'abréger la durée de la séance opératoire.

J'ai dit qu'on observait souvent des sinus ou cavités sanguines; quand on les a piquées et qu'on retire l'aiguille trop vite, le sang peut couler abondamment sous l'influence de l'augmentation de pression créée par les cris et les efforts de l'enfant. Pour prévenir cet incident qui n'a pas du reste de danger, il faut retirer l'aiguille très lentement en la faisant tournoyer. De la sorte, on coagule le sang qui fait bouchon.

Suites. — Quelques instants après l'opération, la pâleur de la surface du nœvus s'atténue et la circulation se rétablit dans tous les points où la cautérisation électrolytique n'a pas été effective. Dans ces points se forme une petite croûte; un gonflement se produit et la suppuration s'établit même chez les sujets strumeux. Dans les cas de grosses tumeurs seulement, on observe une légère réaction fébrile.

Au bout de huit ou dix jours, la tuméfaction diminue et il devient possible à l'opérateur de se rendre compte du travail accompli. En général, c'est au bout de quinze jours qu'il est préférable de commencer une seconde opération, si on la juge nécessaire.

J'insiste sur ce fait : pour l'électrolyse comme pour tous les autres procédés opératoires, on n'est jamais certain d'avoir détruit tout le mal dans une première opération. C'est l'observation qui juge la question au bout de quelques jours, et le chirurgien doit se comporter en conséquence.

Chez un enfant de Toulouse dont toute la joue gauche était envahie par la tumeur et qui avait un kyste sanguin du volume d'une petite noix, je pratiquai un trajet au centre de la tumeur avec l'électrolyse et j'introduisis dans sa cavité une flèche de Canquoin. La guérison fut complète.

Voici maintenant le procédé que j'ai adopté dans les cas de tumeurs volumineuses qui nécessitent une large ablation. Je pédiculise linéairement la tumeur en faisant la ligature par le procédé de Rigal (de Gaillac); puis je la fends dans toute son étendue. Je pratique l'ablation du tissu morbide après avoir disséqué la peau. Cela fait, j'applique au fond de la cavité une lanière de Canquoin recouverte d'une mèche de charpie et je recous la peau par-dessus.

Au bout de neuf ou dix jours, l'eschare se détache.

Ce procédé unit la précision de la ligature à l'antisepsie de la cautérisation au chlorure de zinc.

PATHOLOGIE MÉDICALE

Chorée respiratoire a forme apnéique (1), par le docteur J. Ferrand (de Blois), ex-interne des hôpitaux de Paris, ancien aide d'anatomie à la Faculté de médecine.

Le malade que j'ai l'honneur de présenter aux membres du congrès reçoit mes soins depuis plus de six mois. C'est en effet le 5 mars que je fus appelé auprès de lui en toute hâte à quelques kilomètres de Blois.

Je me trouvai en face d'un triste spectacle. Assis sur son lit, les yeux injectés, la figure congestionnée, pouvant à peine répondre par signes aux questions que je lui adressais, il était en proie à une orthopnée complète.

La main gauche appuyée sur la région précordiale, il haletait, luttant de toutes ses forces contre une oppression qui allait toujours s'augmentant. Les inspirations étaient précipitées, tantôt rapides et courtes, tantôt très profondes. La tête était renversée en arrière, la bouche largement ouverte. De temps à autre, la respiration se suspendait pour un laps de temps fort court, après lequel survenait une inspiratinn plus profonde et plus pénible que celles dont je vous parlais tout à l'heure.

Cherchant à me renseigner auprès des parents du jeune G..., j'appris que la veille déjà il avait eu une crisse analogue, après laquelle, la nuit venue, il s'était endormi paisiblement.

A quelle affection avais-je affaire? Le jeune âge du sujet (vingt ans), sa très bonne santé antérieure, l'absence de toute affection préexistante, me firent écarter l'idée d'une embolie.

L'angoisse, la gêne respiratoire, étaient bien celles d'une angine de poitrine, mais, tous les autres symptômes de cette affection manquant, je dus également l'écarter.

Il n'y avait eu aucune introduction de corps étranger. La cavité bucco-pharyngienne était libre, la glotte livrait facilement passage à l'air, ainsi que le larynx, la trachée et les bronches.

L'auscultation du cœur, très difficile à pratiquer, ne révélait aucune lésion d'orifices. Pas de bruits de souffle, pas d'épanchement péricardique.

En découvrant le malade, je constatai une forte dépression épigastrique, résultant de contractions violentes et répétées du diaphragme. La pensée me vint alors que je me trouvais en présence d'un trouble respiratoire d'origine nerveuse, intéressant spécialement le phrénique et les nerfs respirateurs. Mon opinion a ce sujet n'a nullement changé.

Après un certain temps, la dyspnée, tout en étant toujours très considérable, diminua un peu. Des révulsifs énergiques furent appliqués, je pus quitter le malade. Depuis lors, ces accidents ont toujours persisté, tantôt aggravés, tantôt diminués. J'ai pu, à bien des reprises, me rendre compte des phénomènes successifs qui se sont produits, des phases de la maladie; aussi demanderai-je la permission de revenir avec un peu plus de détail sur les symptômes observés, que je me suis contenté d'énumérer en indiquant le début de la maladie.

G... est âgé de vingt ans. Il jouit d'une très bonne santé habituelle et se livre, avec tous ses parents, aux rudes travaux que nécessite l'exploitation d'une ferme. Il n'a fait aucune maladie autre que celles auxquelles tous les enfants sont soumis. Il n'a jamais présenté — j'insiste sur ce point — aucun symptôme de chorée, aucune névropathie. Il n'a dans sa famille aucun épileptique, aucune hystérique, aucun tuberculeux. Il n'a jamais eu de rhumatisme, n'est pas syphilitique. La vie qu'il mène est calme, régulière, exempte d'émotions et d'excitations.

Depuis quelque temps, cependant, sa santé était quelque peu moins florissante. Il avait moins d'appétit, souffrait un peu du côté gauche, si bien qu'à un moment donné ses parents ont consulté un premier, puis un second confrère. Ces accidents, sans aucun caractère défini, ont été mis sur le compte de la croissance, de la puberté, et n'ont pas autrement inquiété l'entourage du malade ni le malade lui-même. Il se rappelle avoir eu, peu de temps avant le début de sa maladie, peur d'un chien. Il s'est une fois senti gêné, dit-il, dans le côté gauche en soulevant sa charrue. Enfin, au moment du dernier tirage au sort (fin janvier), il a reçu plusieurs averses le soir et a couru assez longtemps en compagnie de ses camarades.

Le début des accidents dyspnéiques a été brusque et a éclaté le 4 mars, avec les caractères que je vous esquissais il y a quelques instants.

La dyspnée est continue. En se réveillant, le malade a quelques inspirations saccadées, irrégulières, sans rythme, puis celui-ci s'établit assez rapidement. Les phénomènes inverses se passent le soir et à partir de neuf ou dix heures le malade dort très calme. La respiration se fait de la manière suivante :

a. Plusieurs inspirations précipitées;

b. Un temps d'arrêt;

c. Reprise des inspirations précipitées, puis, de temps à autre, une ou deux inspirations plus rapides, suivies d'une très profonde, après laquelle la série recommence. Le nombre des inspirations précipitées successives n'a pas toujours été le même. Il a été successivement de 9, de 8, de 7, de 6, de 5, de 4. Actuellement, il est généralement de 2, sauf au moment du réveil. Il n'y a guère que trois semaines ou un mois qu'il s'est ainsi abaissé.

Nombre par minute des inspirations, 70-90; — des temps de repos, variable; — des grandes inspirations, variable.

A chaque inspiration correspondent des contractions brusques, bien nettes et totales, mais peu étendues, du diaphragme et des autres muscles inspirateurs. A la percussion, on ne trouve aucune matité ni aucune sonorité anormales. Les poumons sont parfaitement perméables à l'air dans toute leur étendue; c'est à peine si l'on peut constater la production de quelques légers râles sans caractère ni localisation spéciale. Les sommets sont sains, les cavités pleurales libres. La bouche est toujours ouverte, les narines dilatées. Le continnel va-et-vient de l'air à travers les cavités buccale et pharyngée a pour résultat tout naturel un état permanent de sécheresse très pénible. La langue est parfois très ronge, légèrement fendillée.

Pour la même raison, le malade prend difficilement sa nourriture Il est obligé pour boire, par exemple, d'attendre un moment favorable. Aussitôt qu'il l'a rencontré, il avale d'un trait ce qu'il veut boire. Il lui faut une heure environ pour prendre une assiettée d'une soupe épaisse qui, avec le lait et la viande crue, constitue son alimentation. Elle est, bien entendu, très loin d'être satisfaisante, et vous n'avez pour vous en convaincre qu'à constater la maigreur du malade.

La parole est difficile, saccadée, brève. Il en est de même de la toux. La défécation s'effectue lentement, péniblement, souvent à l'aide de légers purgatifs ou de lavements. Bref, tous les actes qui demandent pour être accomplis le phénomène de l'effort s'accomplissent mal.

Tels sont les symptômes observés du côté du système respiratoire.

Pas de matité à la région précordiale. Cette matité n'est pas plus étendue qu'elle ne doit l'être. Aucun bruit extra-cardiaque. Les bruits intra-cardiaques ne sont pas très forts, mais ils sont nets et réguliers. Le nombre des contractions était au début de 52 par minute. Il s'est élevé successivement à 54, 55, 57, 60. Il est maintenant normal. Le pouls est régulier, assez faible. Il n'offre pas les caractères du pouls de l'insuffisance aortique.

Le malade a toujours accusé —et accuse encore—une certaine gêne à la région précordiale ; il la compare à une sensation de plénitude. Parfois elle s'étend à presque toute la région thoracique la-

(1) Observation lue au congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences à Blois

térale gauche, quelquefois à la même région du côté droit. On ne constate pas les points douloureux classiques sur le trajet des phréniques. Les mains sont de temps à autre le siège de fourmillements assez pénibles et de troubles vaso-moteurs (pâleur, coloration un peu cyanique, chair de poule).

L'exploration de la sensibilité n'a pas donné grand résultat. Il a un peu peut-être de retard dans la sensation. En tout cas, elle est égale des deux côtés. Pas de plaques d'anesthésie ni d'hyperesthésie, pas de zones hystérogènes.

La sensibilité électrique est conservée.

L'intelligence est parfaitement nette; le malade s'afflige de son état et désire ardemment le voir cesser. Il s'émeut assez facilement et voit alors sa dyspnée s'accroître.

Il n'y a pas de troubles du côté de la vision, pas plus du côté des muscles que du côté de la rétine. L'ouïe est intacte des deux côtés.

Les mouvements sont libres, mais la marche est devenue impossible. G... se rend parfaitement compte de ce qu'il touche ou de ce sur quoi il a les pieds appuyés. La marche est impossible; le malade ne peut que très lentement et très difficilement se coucher; il ne peut s'habiller seul

Température normale. La miction est facile. L'analyse des urines, pratiquée par M. Bridel, pharmacien à Blois, a été négative.

Tel est le tableau des symptômes; ils se sont peu modifiés depuis le début de la maladie. Comme il s'agit d'une affection absolument apyrétique, chronique, je n'ai pas cru devoir suivre jour par jour l'état du malade.

En somme, le fait primordial important, c'est une dyspnée qui offre les caractères suivants :

Elle est convulsive.

Elle est diurne.

Elle s'accompagne de quelques troubles nerveux périphériques.

De quelle nature est-elle ?

A quelles altérations faut-il rattacher sa production ?

Quelle sera sa terminaison ?

Avant d'essayer de répondre à ces questions qui se présentent naturellement à l'esprit, que l'on me permette, pour en finir avec la partie clinique de cette observation, de dire brièvement à quels agents thérapeutiques j'ai eu recours.

Je n'insisterai pas sur quelques révulsifs : sinapismes, bandes de vésicatoires, placés, les premiers sur les extrémités inférieures, les seconds sur le trajet du phrénique gauche.

A l'aide du thermocautère de Paquelin, j'ai appliqué des pointes de feu à la région précordiale et suivant le trajet de la portion thoracique du phrénique. Cette médication n'a pu être employée comme je l'aurais voulu, à cause de la grande susceptibilité du patient.

Si nous passons maintenant à l'énumération des médicaments mis en usage, nous verrons que j'ai administré successivement deux sortes d'agents thérapeutiques : les uns antispasmodiques, les autres opiacés. Les premiers ont été l'aconit, le bromure de potassium et de sodium, le valérianate d'ammoniaque, la jusquiame, les inhalations de chloroforme; les seconds ont consisté dans l'emploi des injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine, de l'extrait thébaïque seul ou associé au sel précédent.

Tous, administrés successivement, rationnellement, n'ont pas amené une grande amélioration.

Il en a été de même pour d'autres moyens par moi employés. L'électricité à courants interrompus, faute d'un appareil à courants continus, n'a donné aucun résultat. Le malade n'a pu être hypnotisé. Enfin il a été également rebelle à un procédé peu agréable du reste en lui-même, à la compression du testicule.

Actuellement, le malade prend depuis deux mois une potion à base d'alcoolature d'aconit et de bromure de sodium.

J'ai l'intention d'avoir recours au salicylate de soude administré avec précaution et, s'il échoue, au sulfate d'atropine et à l'application des courants continus.

Quoi qu'il en soit, l'état du malade s'est plutôt un peu amélioré. Après deux inspirations, il a un temps de repos qu'il ne trouvait précédemment qu'après 9 d'abord, 8, 7, 6, 5, 4 et 3 inspirations.

Faut-il attribuer cette accalmie au traitement? Devait-il en être ainsi? La respiration va-t-elle se rétablir peu à peu, spontanément, dans son rythme normal? Je l'ignore et je serais fort embarrassé de formuler actuellement un pronostic précis.

C'est qu'en effet nous ne nous trouvons pas ici en face d'une maladie à cycle défini, à évolution réglée d'avance, pour ainsi dire. Son mode d'apparition, sa marche, les symptômes par lesquels elle se traduit, tout nous porte à croire que nous nous trouvons en présence d'une affection d'origine nerveuse, choréiforme.

G... a été examiné par plusieurs confrères; par les docteurs Derivière et Tardieu (de Blois), Ferrand (de Mer); par le professeur Duclos (de Tours), qui a bien voulu me prêter auprès de ce malade l'appui de sa haute compétence clinique; enfin, par mon maître et ami le docteur François-Franck.

Des affections de ce genre ont été observées. M. le professeur Potain, M. François-Franck en ont rencontré dans leur pratique particulière. Les malades étaient généralement des femmes, des jeunes filles traversant le moment critique de l'établissement de la menstruation. Chez ces malades comme chez G..., l'origine nerveuse des accidents dyspnéiques était évidente. Mais sur quels nerfs faut-il localiser la maladie? Y a-t-il lieu d'admettre une *lésion cérébrale* siégeant au niveau des origines du phrénique? Les parties périphériques des nerfs de la respiration sont-elles seules en cause? Ou bien s'agit-il plutôt de simples troubles fonctionnels des appareils nerveux centraux correspondant aux organes moteurs de la respiration, analogues à ceux qu'a étudiés récemment sur les animaux M. Newell Martin, de Baltimore? (JOURN. OF PHYSIOL., II.)

Je pencherais de préférence pour cette dernière hypothèse.

Nous serions ainsi amenés à considérer l'affection dont il s'agit comme une sorte de *chorée de l'appareil moteur de la respiration*.

Son début relativement brusque, sa production chez un sujet éminemment nerveux et impressionnable, ses rapports évidents avec des troubles vaso-moteurs périphériques, la vraisemblance d'un point de départ rhumatismal et surtout la suspension complète de tous les accidents pendant le sommeil nous engagent à faire rentrer cette affection dans le cadre des manifestations choréiques.

De ce que les phénomènes spasmodiques affectent ici une allure particulière et présentent le caractère rythmique, il ne faut pas s'étonner. C'est que les troubles nerveux affectent un appareil de mouvement à fonction rythmique, modifié seulement dans la fréquence de ses actes.

En présence de la forme même des troubles observés et pour tenir compte de la réapparition régulière, toutes les quarante

à cinquante secondes, d'une profonde inspiration et d'une véritable pause respiratoire, nous proposons d'ajouter à la désignation générale de chorée respiratoire la qualification complémentaire de *chorée respiratoire à forme apnéique*, à cause de l'analogie que présente un certain temps de l'évolution respiratoire avec le phénomène connu sous le nom de « respiration de Cheyne-Stokes ».

Telle est, très brièvement exposée, notre opinion sur le diagnostic de cette affection singulière. Nous avons tenu à présenter le sujet lui-même aux membres du Congrès, afin qu'ils puissent se former à leur tour une opinion sur son état et m'éclairer de leurs conseils.

REVUE CRITIQUE

Ophthalmologie

Du rhumatisme oculaire.

Le rhumatisme est avec la syphilis l'affection générale qui offre le plus volontiers des manifestations du côté de l'appareil de la vision. Si pendant longtemps les accidents syphilitiques ont été plus étudiés et mieux connus, c'est que le clinicien avait un grand intérêt à les diagnostiquer, le traitement spécifique devant toujours ou presque toujours en avoir facilement raison et donner de très beaux succès.

Le même intérêt ne s'attachait pas à l'étude des affections rhumatismales avant l'introduction dans la thérapeutique du salicylate de soude. Aujourd'hui l'emploi raisonné du médicament nouveau, qui pourrait jusqu'à un certain point passer pour un spécifique, a changé la face des choses; la question du rhumatisme oculaire, qui était autrefois plutôt du ressort de la théorie, est devenue d'une utilité pratique incontestable. Il est intéressant, sans contredit, de déterminer la nature d'une manifestation morbide, mais pareille détermination est encore bien plus intéressante quand il s'agit d'une maladie contre laquelle la thérapeutique est bien armée. Nous n'ignorons pas combien est peu scientifique une classification qui consiste à placer dans un même cadre les affections qui cèdent au même médicament; l'esprit sera plus satisfait sans doute le jour où l'on aura isolé, cultivé et inoculé l'organisme inférieur, cause de tous ces maux; mais, dans l'état actuel de nos connaissances, notre classification a au moins l'avantage d'être pratiquement utile, si elle n'est pas absolument vraie. Ajoutons d'ailleurs que, pour grouper les affections rhumatismales, l'efficacité du traitement n'a pas été le seul caractère invoqué; dans la plupart des cas, on a trouvé d'autres signes propres au rhumatisme: ici l'hérédité, là les antécédents, ou bien encore la coexistence d'autres manifestations non douteuses; tellement que, dans la plupart des observations, l'action du salicylate n'est venue que confirmer une hypothèse déjà fortement appuyée.

Dans ces derniers temps, le rhumatisme oculaire a été l'objet de nombreux travaux. Nous ne les mentionnerons pas tous; nous renvoyons le lecteur, pour une étude plus approfondie, à une des dernières thèses parues sur ce sujet, celle de M. Albert Boquin, à laquelle se trouve annexée une bibliographie des plus complètes. Nous voulons, sans insister sur les affections rhumatismales oculaires connues depuis longtemps, nous arrêter principalement sur celles qui ont été récemment décrites. Nous avons pour but encore d'attirer l'attention des praticiens sur ce fait que nombre d'affections oculaires, autrefois de longue durée, douloureuses, récidivant facilement, cèdent parfois aisément à un traitement antirhumatismal et qu'il faut toujours avoir cette idée présente à l'esprit, lorsqu'on se trouve en face d'un individu suspect de rhumatisme. Cette remarque nous paraît d'autant plus nécessaire que ce n'est pas dans le rhumatisme articulaire aigu que surviennent la plupart du temps les accidents du côté de l'œil; on les trouve plutôt dans les formes chroniques et subaiguës, celles qui échappent facilement à une observation peu approfondie et qui constituent pourtant, comme se plaisait à le répéter le professeur Lasègue, la véritable diathèse rhumatismale.

Toutes les membranes de l'œil peuvent subir les atteintes du rhumatisme, depuis la conjonctive jusqu'à la rétine. La conjonctivite peut revêtir une intensité variable; les formes bénignes cèdent volontiers, même au traitement ordinaire de la conjonctivite catarrhale. Pour les formes purulentes, au sujet desquelles il y a eu de nombreuses discussions à l'Académie de médecine et qui sont encore très contestées par quelques auteurs, il sera toujours prudent d'employer contre elles le traitement par le nitrate d'argent, pour ne pas s'exposer à de graves mécomptes. Ici l'incertitude règne encore. Il n'en est pas de même pour la sclérite et une autre affection qui a fait dernièrement le sujet de la thèse du docteur Campart, l'*Episcléritis*. La sclérite, depuis longtemps déjà, est rattachée au rhumatisme; sa description est classique. Nous ne nous y arrêterons pas.

L'épiscléritis serait caractérisée, d'après M. Campart, par l'inflammation de la portion de la capsule de Tenon qui arrive jusqu'à l'insertion antérieure des muscles droits sur la sclérotique. Il en ferait volontiers un hygroma de la bourse séreuse située entre la sclérotique et les muscles de l'œil en arrière de leur point d'insertion. — M. le professeur Panas a le premier décrit une maladie à laquelle il a donné le nom de *ténonite* ou inflammation de la bourse séreuse rétro-oculaire, et qui n'est en somme que l'épiscléritis généralisée. Mais ici les symptômes sont plus marqués; le malade accuse une douleur périorbitaire vive, de la névralgie faciale; et, au lieu d'une légère injection sous-conjonctivale, on observe un œdème, plus marqué d'abord à la partie inférieure de la conjonctive, et pouvant se généraliser au point de rendre les mouvements de l'œil difficiles.

L'épiscléritis, la sclérite, la ténonite, faciles à diagnostiquer d'ailleurs, sont regardées par tout le monde comme ayant une origine rhumatismale; le même accord n'existe pas au sujet des accidents rhumatismaux qui se manifestent du côté de la cornée. M. Parinaud, qui s'est beaucoup occupé du rhumatisme oculaire, a cru pouvoir y rattacher quelques cas de kératite interstitielle. Ces faits sont excessivement rares: ce n'est qu'après s'être bien enquis des antécédents du malade, et avoir vu le traitement spécifique échouer, que l'on pourra avoir recours au salicylate; on en retirera d'ailleurs de bons effets.

Deux autres formes de kératite rhumatismale ont été décrites dernièrement dans la thèse de M. Burucua, faite sous l'inspiration de M. Abadie. L'une est caractérisée par une petite ulcération marginale de la cornée au niveau de laquelle on trouve une forte injection conjonctivale. Les troubles fonctionnels sont très accentués, larmoiement, photophobie, dou-

leurs périorbitaires très vives, ayant dans un cas nécessité l'arrachement du nerf nasal externe. L'autre variété a des allures moins bruyantes. La cornée, dans ses couches superficielles, est le siège d'une infiltration grisâtre qui n'envahit jamais toute l'étendue de la membrane. L'injection périkératique est la plupart du temps modérée et la douleur peu vive. Dans chacun des cas, le salicylate a merveilleusement agi là où nombre d'autres traitements locaux et généraux s'étaient montrés impuissants.

L'iritis et les irido-choroïdites rhumatismales sont bien connues depuis longtemps ; nous ne les mentionnons que pour dire que, malgré la marche, dans certains cas rapide et destructive de ces affections, les cliniciens ont encore trouvé dans le salicylate de soude un heureux auxiliaire contre elles. De nombreux succès de cette médication, et des plus convaincants, ont été rapportés.

La rétine, le nerf optique, ne sont pas, comme nous l'avons déjà dit, complètement à l'abri de l'action du rhumatisme.

M. Parinaud a publié une série d'observations démontrant que certaines névrites optiques la plupart du temps monoculaires, certaines chorio-rétinites prédominant dans la macula et se traduisant par un scotome central, peuvent aussi relever du rhumatisme. Ici encore, le diagnostic repose sur la coïncidence fréquente de la sclérite, sur la mobilité des accidents, l'étude des antécédents, et surtout sur l'influence du traitement.

Comme on peut en juger par ce rapide exposé, le nombre des affections oculaires rhumatismales est déjà considérable; nul doute qu'on ne fasse encore dans cette voie de nouvelles découvertes, et ces découvertes sont réellement utiles, puisque nous possédons contre le rhumatisme une arme puissante. Mais cette arme, comment devra-t-on s'en servir? Nous laissons, pour répondre à cette dernière question, la parole à M. Abadie: « Vous savez, dit-il, que, lorsqu'il s'agit de combattre un rhumatisme articulaire aigu intense, il est souvent nécessaire d'administrer des doses très élevées de salicylate de soude, six, huit et même dix grammes. Dans les manifestations oculaires du rhumatisme, point n'est nécessaire d'atteindre des doses aussi excessives. Je commence par donner 2 grammes par jour; puis, si ce médicament est bien supporté, j'élève successivement la dose jusqu'à 4 et 5 grammes. Il est rarement nécessaire de dépasser cette limite. »

OUVRAGES A CONSULTER :

Campart. *De l'épisclérite* (THÈSE DE PARIS, 1884).
Puechagut. *De la ténonite ou inflammation de la bourse séreuse rétro-oculaire d'origine rhumatismale* (THÈSE DE PARIS, 1884).
Burucua. *Du rhumatisme oculaire et en particulier de quelques manifestations peu connues* (THÈSE DE PARIS, 1884).
Albert Boquin. *Du rhumatisme oculaire* (THÈSE DE PARIS, 1884).

TOUPET.

BIBLIOGRAPHIE

DU TRAITEMENT DES MALADIES DE LA GORGE ET DU LARYNX. — Etudes cliniques, par le docteur CARL MICHEL (de Cologne), ouvrage revu spécialement par l'auteur pour l'édition française et traduit de l'allemand par le docteur R. Calmettes. Bruxelles, A. Manceaux, éditeur, 1884.

Cet ouvrage fait suite au *Traité des maladies du nez* (Bruxelles, 1879) qui a obtenu un très vif succès dans ses éditions successives, allemande, anglaise, française. Il a été publié en 1881, et dès son apparition la REVUE DE CHIRURGIE du 10 avril lui consacrait une analyse très élogieuse dont nous détachons le passage suivant : « Cette manière de résumer les faits rend très profitable la lecture du travail de Michel que nous ne saurions trop recommander à nos compatriotes. Les divers modes de traitement, les opérations auxquelles il donne la préférence, sont décrits avec une minutie de détails qui permet à chacun de les appliquer. » Nous ajouterons que c'est plutôt un ensemble de leçons cliniques qu'un traité proprement dit, comme le dit l'auteur lui-même dans sa préface: « Cet ouvrage n'a nullement pour but de présenter un tableau d'ensemble des maladies énumérées à la table; il ne touche qu'aux points sur lesquels, dans le cours d'une pratique spéciale de quatorze ans, je suis arrivé à des conclusions importantes et ne concordant pas complètement avec les opinions qui ont cours aujourd'hui. » Une brève analyse le fera du reste mieux comprendre.

Le premier chapitre : *Troubles de la déglutition*, nous résume l'expérience de Michel sur les causes de la dysphagie. A ce propos, il insiste sur l'importance du laryngoscope dans les maladies de la gorge *même autres que les maladies du larynx*, par exemple, quand la douleur est causée par une ulcération de la face postérieure de l'amygdale ou par l'angine épiglottique antérieure, qu'il a décrite le premier. Aussi, conclut-il, il faut toujours examiner au laryngoscope les malades qui se présentent avec les symptômes d'une angine aiguë, principalement quand l'état du pharynx est insignifiant et hors de proportion avec l'intensité des symptômes.

Parmi les affections chroniques donnant lieu à de la douleur en avalant, il mentionne les ulcérations pharyngées nasales ou buccales, de nature syphilitique dans l'immense majorité des cas. Les premières, pouvant se manifester sans altérations simultanées sur le voile ou le pharynx buccal, passent facilement inaperçues, sans la rhinoscopie postérieure. Aussi, chez tout individu qui se plaint de souffrir depuis des semaines ou des mois en avalant, il doit exister sur le voile, sur les amygdales, dans le pharynx (portion nasale ou buccale), plus rarement dans le larynx, une ulcération superficielle on profonde qui disparaît immédiatement par le traitement antisyphilitique. Nous trouvons ensuite discutées les causes de la sécheresse du pharynx, du besoin de déglutir, des sensations de cheveu, de brûlure, et le traitement approprié.

Dans le deuxième chapitre : *Hypertrophie des amygdales*, l'auteur insiste surtout sur ses inconvénients au point de vue du larynx et sur sa méthode de traitement qui consiste dans leur réduction au galvano-cautère. Il rejette l'amputation comme dangereuse.

Passant à la pharyngite hypertrophique, il en étudie l'anatomie pathologique, les symptômes, les conséquences surtout pour le larynx et la voix, puis le traitement. Le seul vraiment curatif consiste dans la destruction des hypertrophies au galvano-cautère. Il l'a conseillé le premier en 1872. Après quelques remarques relatives à la laryngite aiguë, nous trouvons une importante étude intitulée : *De la pseudo-laryngite chronique*. L'auteur y montre que dans une foule de cas de toux avec expectoration le diagnostic laryngite chronique est erroné. On trouve bien au laryngoscope « de la rongeur », mais il s'agit d'un réseau vasculaire sans rougeur intermédiaire, c'est-à-dire cette hyperémie accompagnant normalement

l'exercice de la parole ou qui s'observe chez les buveurs, les fumeurs, ou encore dans les affections du voisinage (bronches, poumons). Vouloir faire disparaître les crachats par les badigeonnages des cordes vocales, c'est vouloir s'éterniser dans un traitement impuissant. Aussi, par un procédé très habile, l'auteur, se basant sur la façon dont le malade tousse, sur l'aspect des crachats et la manière dont ils sont rendus, arrive, avant d'examiner le larynx, à l'éliminer et à faire aussitôt un diagnostic de probabilité qu'il confirme ultérieurement par l'exploration des organes. Nous recommandons particulièrement la lecture de ce chapitre. Il se termine ainsi : « En scrutant avec soin le dire des malades, en s'informant à propos de la toux si elle est volontaire ou involontaire, à propos des mucosités si la sécrétion est normale ou pathologique, si elle provient de bas en haut, c'est-à-dire du larynx et de la poitrine, ou de haut en bas, c'est-à-dire du pharynx nasal, en employant la lumière du jour ou l'éclairage solaire après la lampe, on fera un diagnostic et un pronostic plus exacts et on appliquera un traitement plus efficace. »

Dans le chapitre *Enrouement*, l'auteur montre que si un certain nombre de cas sont dus à la laryngite chronique, d'autres au dessèchement des mucosités bronchiques sur les cordes, un très grand nombre relève d'une parésie des cordes qui constitue aussi la véritable cause de l'épuisement des chanteurs. Quand l'enrouement date de plusieurs années, il est dû, plus souvent qu'à une laryngite chronique, à des polypes ou à une hypertrophie diffuse de la muqueuse des cordes (rare), ou à une paralysie des muscles ou bien du muscle seul de la corde vocale inférieure proprement dit.

Après une importante étude des exercices vocaux, de l'articulation, de l'émission de la voix, points très utiles à connaître pour tous ceux dont le larynx est affaibli et qui doivent suppléer à son insuffisance par une prononciation parfaite, l'auteur passe à la paralysie des cordes vocales, chapitre qui se présente comme le complément de celui sur l'enrouement. Il montre que chez l'homme au-dessus de 30 ans elle n'est guère curable quand elle remonte au delà de quelques semaines, tandis que chez la femme il y a de la ressource pendant plusieurs années. Aussi est-il fâcheux de voir qu'à propos de tout enrouement on pense aussitôt à la laryngite chronique et qu'on perde un temps précieux avant de recourir à l'électricité. Il indique, à propos du traitement électrique, son *modus faciendi*, puis rapporte un cas d'aphonie spasmodique suivi de guérison. La parésie du voile du palais est ensuite traitée avec détails, principalement relativement à son symptôme caractéristique, l'apparition du bourrelet transversal dont l'auteur discute la valeur symptomatique; il termine par le traitement et par la relation d'un cas de sigmatisme qu'il a guéri. Les ulcérations laryngées sont toujours pour lui syphilitiques ou tuberculeuses. Il fait le diagnostic différentiel des variétés et montre que beaucoup d'entre elles pourraient être tenues pour tuberculeuses à cause des symptômes dont elles s'accompagnent, si l'iodure ne venait en amener la guérison. Il y a là quelques observations du plus haut intérêt qui engageront le lecteur à ne pas négliger l'essai de l'iodure même dans les cas qui ne semblent pas douteux.

Le reste de l'ouvrage est consacré à l'étude des polypes du larynx au point de vue opératoire. L'auteur, qui en a opéré beaucoup à la première séance, passe en revue les différents instruments : couteau, écraseur, pince, galvano-cautère, et montre leurs indications et leurs contre-indications; il termine ce chapitre par la relation de quelques observations parmi lesquelles nous signalerons la guérison définitive (9 ans) d'un sarcome mélanique du larynx opéré par la méthode endo-laryngée. Dans un chapitre traitant du procédé opératoire et des moyens d'obvier aux obstacles ordinaires, l'auteur donne de précieux conseils pratiques sur la manière de s'y prendre dans tous les cas pour arriver sûrement au but. Enfin, à propos des ulcérations tuberculeuses, le traducteur a ajouté à la fin de l'ouvrage le résumé du traitement de la phthisie laryngée d'après Schech, auquel l'auteur avait fait allusion. C'est en effet un résumé parfait de nos connaissances relatives à cet important sujet.

En somme, c'est là un petit livre que nous ne saurions trop recommander à tous les médecins autant qu'aux spécialistes.

E. Ricklin.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

I. Plaies, mutilations et autres altérations des doigts et de la main par coups d'engrenages; leurs conséquences professionnelles (Paris, J.-B. Baillière, in-8 de 26 pages, 1884). — II. Arrachements dans les établissements industriels (Bruxelles, Manceaux, 1884, in-8 de 66 pages), par le docteur Guermonprez (de Lille).

M. le docteur F. Guermonprez poursuit avec une activité toujours croissante ses études de chirurgie industrielle. Dans ses deux dernières publications, on trouvera d'abord exposés, avec de nombreuses gravures à l'appui, les résultats définitifs des plaies ou mutilations des doigts et des mains par coups d'engrenages, et ensuite une étude fort complète des arrachements des membres dans les établissements industriels. Des travaux de ce genre ne sauraient s'analyser; il me suffira, après avoir dit que les opinions des maîtres y sont toujours fidèlement reproduites, mises face à face, discutées, approuvées ou combattues, de donner une idée générale des conclusions de l'auteur et de la conduite que M. Guermonprez conseille de suivre dans la pratique.

Les faits d'entraînement par une poulie ou par un arbre de transmission se terminent de deux façons, soit par une accumulation de lésions nécessairement mortelles, soit par arrachement. Dans le premier cas, l'entraînement se fait sans résistance et sans limite. Dans le second, une partie du corps est seule entraînée, tandis que le reste est, ou bien retenu par un point d'arrêt, ou bien retiré avec une violente énergie par le blessé, ou bien encore lancé à distance par la force centrifuge et par la grande pesanteur du sujet. Les conséquences de ces arrachements consistent généralement en troubles trophiques. Il y a d'une part atrophie de tous les muscles énervés par les nerfs étirés. Il y a d'autre part pâleur de la peau et atrophie des poils de cette partie des téguments. La palpation permet de constater la surcharge graisseuse de la couche sous-cutanée. On peut attribuer ces troubles trophiques à l'allongement des nerfs, comme on le constate aisément sur la pièce et aussi sur une photographie à l'appui du fait communiqué en 1872, à la Société de chirurgie de Paris, par M. le docteur Dehrou, chirurgien en chef de l'hôpital d'Orléans.

Au point de vue thérapeutique, M. Guermonprez formule les conclusions suivantes : L'amputation n'est pas indiquée; les faits de guérison le prouvent. Il suffit parfois d'appliquer sur la plaie un lambeau de peau. Le plus souvent, il faut régulariser la plaie par la section des nerfs et des autres parties molles et par la suppression d'une certaine portion du squelette. La suture peut être essayée sans danger; la réunion immédiate peut même être obtenue.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

REVUE DES THÈSES.

Du meilleur mode de traitement de la pleurésie purulente, par le docteur A. Guinard, Th. de Paris, 1884. — Coccoz.

La pleurésie purulente *ne guérit point d'elle-même* et l'observation de M. Moutard-Martin, dans laquelle on vit les accidents cesser peu à peu et ne plus rester dans la cavité pleurale qu'un magma caséeux, doit être considérée comme une curieuse et très rare exception.

Le pus une fois formé *tend à s'évacuer au dehors* par les voies aériennes au moyen des *bronches* ou au travers d'un *espace intercostal*. Cette dernière terminaison est généralement regardée comme fâcheuse; quant à l'ouverture dans les bronches, elle détermine d'ordinaire un pyopneumothorax sur la gravité duquel tout le monde est d'accord, sauf dans les cas où un lambeau de plèvre épaissie forme au devant du pertuis de communication une véritable soupape empêchant l'accès de l'air, comme M. Guinard a pu en observer un cas. Une terminaison de ce genre est une chance sur laquelle le médecin ne doit pas compter, et, l'épanchement reconnu, on doit s'étudier à lui ouvrir *chirurgicalement* et le *plus tôt possible une issue à l'extérieur*.

Selon le docteur Guinard, les ponctions aspiratrices, les thoracentèses répétées suivies ou non d'injections iodées, l'application de canules métalliques, la ponction avec le trocart garni de la baudruche de Reybard, le siphon de Potain, tous moyens qui ont été préconisés et qui ont donné des succès, sont *infidèles et dangereux*, et souvent n'ont fait que précéder une pleurotomie rendue ultérieurement nécessaire. Tous ces modes de traitement, que l'auteur qualifie *procédés de douceur*, ont à la vérité l'avantage de mettre la cavité pleurale en communication avec l'air extérieur au minimum, mais par là même l'indication principale, qui est, comme nous l'avons vu, de vider le foyer, n'est plus remplie. La pleurotomie est donc indispensable.

La pleurotomie devra être faite *de bonne heure* (la durée ultérieure de la maladie s'en trouvera abrégée); *largement*, et avec les précautions ingénieuses de la méthode antiseptique; elle sera suivie d'un *lavage avec un liquide antiseptique* quelconque jusqu'à ce que le liquide injecté ressorte bien clair, puis on injectera dans la plèvre une solution de chlorure de zinc ou de sublimé plus ou moins concentré, suivant les circonstances. Si on n'obtient pas après un seul lavage la guérison complète, ainsi que cela a été observé en Angleterre et en Allemagne, on fera des pansements en ayant soin de prendre toutes les précautions antiseptiques, et après une huitaine de jours on sera autorisé à faire de nouveaux lavages.

La pleurotomie pratiquée dans ces conditions constitue un véritable progrès dans le traitement de l'empyème, ainsi qu'il ressort du travail consciencieux que nous venons de résumer en ces lignes.

Paul Berthod.

BULLETIN

Les eaux alimentaires de Paris. — La caisse de pensions de retraite du corps médical français.

Lorsque M. Koch, cherchant à étudier les épidémies locales de choléra dans l'Inde, nous parlait naguère de ces étangs où les habitants des villages riverains vont à la fois vider leurs immondices, laver leur linge, se baigner et puiser l'eau nécessaire aux besoins domestiques, en particulier l'eau de boisson, nous regardions volontiers ces braves Indiens comme des représentants de l'ancienne barbarie.

Lorsque, sans aller si loin, nous voyons nos bons paysans entasser dans les cours de leurs fermes, jusque devant leur porte, fumier, immondices de toutes sortes et puiser leur eau dans le puits voisin, réceptacle de tout ce qui peut filtrer; lorsque nous voyons, comme dans un village de notre connaissance, le puits servant à l'alimentation de tous les habitants situé à quelques mètres et en contre-bas du cimetière, nous sommes trop bons compatriotes pour crier, comme dans le premier cas, à la barbarie, mais nous n'en accusons pas moins l'ignorance des gens de la campagne et l'insouciance de ceux qui ont à les instruire et à les administrer.

Que dire de ce qui se passe actuellement à Paris, dans cette ville qui prend facilement le titre de capitale du monde civilisé, où, en effet, toutes les lumières abondent, où les questions d'hygiène en particulier sont étudiées, discutées, élucidées dans mainte enceinte, où d'autre part l'argent ne saurait faire défaut pour transporter dans la pratique les solutions scientifiquement trouvées? En entendant mardi dernier, à l'Académie de médecine, la communication de M. Daremberg, on était véritablement stupéfié! Comment, de nos jours, il y a encore des habitants de Paris forcés de boire de l'eau prise en aval du grand égout collecteur et d'autres égouts similaires, c'est-à-dire à un endroit où l'eau de Seine est assez impure pour être impropre à la vie des poissons, dont on voit flotter les cadavres avec les autres immondices qu'elle charrie! C'est à n'y pas croire.

On sourit quand, souvenir du moyen-âge, on voit des populations italiennes aux prises avec l'épidémie cholérique actuelle se révolter et accuser l'administration, les médecins, les gens de la classe riche d'empoisonner l'eau des fontaines ou des puits. Mais si le fléau ou toute autre maladie infectieuse venait à sévir dans la banlieue nord de Paris et dans le 18e arrondissement, les habitants ne seraient-ils pas véritablement en droit de se dire empoisonnés?

Il y a là une grave responsabilité. Sur qui pèse-t-elle? Un peu sur tout le monde. M. Gautier a cherché à dégager celle du Conseil d'hygiène et de salubrité; il ne nous semble pas avoir complètement réussi. Le Comité consultatif d'hygiène nous paraît aussi devoir faire son *meâ culpâ*. Mais la grande coupable, il faut le reconnaître et le crier bien haut, c'est l'administration, qui n'ignore certainement pas les dangers de la prise d'eau incriminée et n'y a pas encore porté remède. Ceci montre une fois de plus les vices de notre organisation sanitaire et l'urgence d'une réforme. Espérons que les efforts tentés et soutenus par notre confrère et ami M. Liouville et d'autres personnes dévouées à l'hygiène publique pour obtenir l'institution d'une direction autonome du service de santé ne tarderont pas à être couronnés de succès. En attendant, l'Académie et tous les conseils, toutes les commissions d'hygiène, ont le devoir et doivent tenir à honneur de vaincre la routine administrative et de faire distribuer aux habitants de Montmartre et de la banlieue nord une eau qui ne leur apporte pas l'infection et la maladie.

— Le projet d'institution d'une *Caisse de pensions de retraite du corps médical français* a fait son chemin. Elaboré, comme on s'en souvient, au commencement de l'année, il a été examiné et discuté, pour ainsi dire au jour le jour, dans le Journal de médecine de Bordeaux, où le principal promoteur, M. Lande, a accueilli toutes les objections, y a répondu et a fourni tous les renseignements propres à éclairer la question. Les adhésions sont venues et une première assemblée générale constitutive aura lieu à Paris le dimanche 19 octobre pro-

chain. Nous rappelons à nos lecteurs qu'ils peuvent envoyer leur adhésion soit directement à M. Lande, soit au bureau de la GAZETTE MÉDICALE, qui s'empressera de la transmettre à l'organisateur de l'œuvre. Parmi les points principaux qui feront l'objet des délibérations de la prochaine assemblée générale, nous devons indiquer les suivants :

1o Discussion et adoption définitive des statuts ;

2o Nomination du comité directeur ;

3o Nomination du conseil de surveillance ;

4o Fixation de l'époque de la réunion annuelle statutaire pour 1885.

Il importe, comme le recommande avec raison le JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX à tous les adhérents, que chacun étudie à l'avance ces différentes questions, afin que l'assemblée du 19 octobre délibère en toute connaissance de cause et arrive promptement à une solution pratique.

Dr F. DE RANSE.

NOTES & INFORMATIONS

Choléra

MARSEILLE. — Le bulletin officiel de l'état civil donne les renseignements suivants sur la mortalité causée par le choléra pendant le dernier septénaire :

Du 2 au 3	octobre. — Décès cholériques	2
3 — 4	— —	1
4 — 5	— —	2
5 — 6	— —	2
6 — 7	— —	8
7 — 8	— —	2
8 — 9	— —	6

Du 27 juin au 31 août, l'épidémie a fait à Marseille 1618 victimes. Voici, d'après le MARSEILLE MÉDICAL, la répartition des décès par âge et par sexe.

Enfants. — De 8 jours à 1 mois, 2 ; de 1 à 2 mois, 1 ; de 5 à 6 mois, 1 ; de 7 à 8 mois, 1 ; de 9 à 10 mois, 1 ; de 10 à 11 mois, 2 ; de 1 à 2 ans, 21 ; de 2 à 3 ans, 23 ; de 3 à 5 ans, 22 ; de 5 à 10 ans, 63.

Total : 137. M 77, F 60.

Adultes. — De 10 à 15 ans, 44 ; de 15 à 20 ans, 67 ; de 20 à 25 ans, 115 ; de 25 à 30 ans, 151 ; de 30 à 35 ans, 160 ; de 35 à 40 ans, 153 ; de 40 à 45 ans, 148 ; de 45 à 50 ans, 150 ; de 50 à 55 ans, 125 ; de 55 à 60 ans, 101 ; de 60 à 65 ans, 86 ; de 65 à 70 ans, 59 ; de 70 à 75 ans, 38 ; de 75 à 80 ans, 14 ; de 80 à 85 ans, 5 ; de 85 à 90 ans, 2 ; de 90 à 95, 1 ; âges inconnus, 72.

Total : 1,481. M 741, F 740.

Au point de vue de la nationalité, voici le classement auquel ces décès donnent lieu : 1,140 Français, 427 Italiens, 19 Espagnols, 11 Grecs, 6 Autrichiens, 5 Anglais, 4 Suisses, 3 Allemands, 2 Américains, 1 Suédois. La proportion est de 7,37 o/oo pour les Italiens, 3,91 pour les Français et 3,64 pour la totalité des aliénés étrangers.

— TOULON. — A Toulon et dans le Var, on peut considérer l'épidémie comme à peu près finie ; il ne se montre plus que quelques cas isolés. Du 2 au 7 octobre inclusivement, on a relevé 7 décès. Un seul malade reste en traitement à Saint-Mandrier, et l'hôpital Bon-Rencontre est fermé.

L'épidémie disparaît aussi des autres départements envahis. Le département des Pyrénées-Orientales est actuellement celui qui offre le plus de cas et le plus de décès.

— ALGÉRIE. — A Oran, le chiffre des décès au 5 octobre s'élevait à 36. Du 5 au 7, on a constaté 24 décès et 13 cas nouveaux. Au lazaret de Bône, qui avait eu 10 décès jusqu'au 5 octobre, on a noté, du 5 au 7, 2 décès et 2 cas nouveaux. D'après les dernières nouvelles, la situation tend à s'améliorer à Oran, et le lazaret de Bône ne compterait plus que 5 malades en traitement.

— ITALIE. — Le fléau continue de décroître en Italie. Voici les chiffres de la dernière semaine dans les trois principaux foyers :

Dates.	Cas de choléra			Décès		
—	Naples	Gênes	La Spezzia	Naples	Gênes	La Spezzia
2 octobre	81	45	4	55	19	4
3 —	80	24	3	50	25	1
4 —	49	20	4	33	20	1
5 —	36	27	3	25	12	7
6 —	43	21	1	27	17	2
7 —	30	13	2	8	10	2
8 —	23	12	6	15	10	0

— ESPAGNE. — L'état de l'épidémie en Espagne est à peu près stationnaire. Cependant elle aurait gagné du terrain et se serait étendue à Barcelone où l'on aurait compté depuis deux ou trois jours plusieurs cas et quelques décès.

Sur l'avis du Comité d'hygiène, le ministre du commerce vient de faire signer un décret d'après lequel est interdite jusqu'à nouvel ordre l'importation en France, par la frontière d'Espagne, des drilles et chiffons, ainsi que des objets de literie, tels que matelas, couvertures, etc.

— MESURES QUARANTENAIRES. — L'état des mesures quarantenaires actuellement en vigueur est le suivant : les navires arrivant à Constantinople et venant des ports situés au-delà de Suez sont admis en libre pratique, à la condition qu'ils n'aient pas embarqué de passagers durant la traversée du canal. Les arrivages à Constantinople venant des ports Monténégrins sont soumis à une quarantaine de dix jours.

Le gouvernement danois a prescrit la mise en quarantaine de tous les navires venant des ports méditerranéens français, espagnols et italiens.

Dans les ports autrichiens, les navires venus du littoral espagnol sont soumis à une quarantaine de dix jours, si l'état sanitaire a été bon durant la traversée, et de vingt jours si quelque cas suspect s'est déclaré à bord.

En Grèce, tous les arrivages de la côte de Tunis sont soumis à une quarantaine de cinq jours.

Les arrivages de Bordeaux sont admis dans le port de Lisbonne, mais ils y sont soumis néanmoins à une rigoureuse quarantaine.

Tous les navires venant d'Espagne ou d'Italie sont soumis dans les ports russes de la mer noire à une quarantaine de quarante jours.

— LAÏCISATION. — Le conseil général du Rhône, dans sa session du mois d'août, a décidé la laïcisation du personnel de l'asile des aliénés de Bron.

— CRÉMATION. — La *Société pour la propagation de la crémation* a adressé à MM. les députés signataires de la proposition de loi sur la crémation facultative la lettre suivante :

« Paris, le 6 septembre 1884.

« Dans sa séance du 26 août 1884, le cinquième congrès international d'hygiène qui s'est tenu à la Haye a réitéré, à l'unanimité, le vœu solennellement émis à Genève en septembre 1882 par le quatrième congrès international d'hygiène. Ce vœu est ainsi conçu : Le congrès, confirmant les vœux des précédents congrès internationaux, exprime de nouveau le vœu que tous les gouvernements, rendant hommage aux principes de la liberté et se conformant aux lois de l'hygiène, fassent disparaître les obstacles législatifs qui,

dans certains pays, s'opposent à la crémation facultative des cadavres. Incidemment, il attire l'attention des gouvernements sur l'avantage de la crémation en cas de grave épidémie. »

— D'autre part, en conformité des vœux émis par divers conseils généraux ou municipaux de France, le Conseil général du Gard, dans l'une de ses dernières séances, a émis le vœu suivant sur la crémation des cadavres :

« Considérant que la loi oblige à un mode unique de sépulture auquel nul ne peut se soustraire ;

« Considérant que l'enterrement des corps offre des inconvénients graves au point de vue de la salubrité publique, inconvénients qui se transforment, en temps d'épidémie, en véritable danger ;

« Considérant que les cimetières, aussi bien aux abords des grandes villes que dans les moindres villages, non seulement sont des foyers d'infection, mais encore représentent des terres improductives et tristement stériles ;

« Considérant que des pays tels que la Saxe et l'Italie ont facilité la création d'établissements destinés à la crémation des corps, en donnant l'autorisation nécessaire à leur fonctionnement ; que la France, pays de progrès et de liberté, ne saurait rester en arrière ;

« Considérant toutefois qu'il faut concilier les intérêts publics avec le respect des traditions, des coutumes et des convictions religieuses ;

« Le conseil général émet le vœu que la loi sur les sépultures soit revisée dans le sens le plus large et que, sous la garantie des mesures qui seront jugées indispensables, la crémation des corps soit autorisée.

« *Pour la Société de propagation de la crémation,*

« Le Président,

« A. KŒCHLIN-SCHWARTZ. »

— Les journaux de Rome disent que le gouvernement italien vient de sanctionner le principe de la crémation, en ordonnant de construire, pour le lazaret cholérique de Varignano, un *crematorio* d'après le système Gordni-Guzzi.

— Le Conseil d'hygiène publique et de salubrité vient d'approuver, sur le rapport de M. Loiseau, une proposition qui lui a été adressée par un membre de la commission d'hygiène du Ve arrondissement et qui a pour objet la création à Paris de maisons de refuge où, dans le cas d'apparition d'une maladie contagieuse sur un de leurs enfants, les parents de la classe pauvre qui ne pourraient isoler les autres enfants pourraient les faire admettre d'urgence. Il y a deux ans, notre rédacteur en chef a soumis un semblable projet à la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, et nous sommes ainsi doublement heureux de l'accueil qui a été fait à cette proposition au sein du Conseil d'hygiène publique et de salubrité.

— LEGS. — Le docteur Oulmont a légué à l'Académie de médecine une somme annuelle de 1,000 francs. Cette somme sera offerte à l'interne en médecine qui aura obtenu la médaille d'or. Si, dans la suite, ce concours était aboli, cette somme servirait à fonder un prix annuel de 1,000 francs qui prendrait le nom du donateur (prix Oulmont) et serait donné à l'auteur du meilleur ouvrage de thérapeutique.

Notre regretté confrère a légué aussi une somme de dix mille francs à l'Association générale des médecins de France.

R. F. D.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Brugerolles (de Massiac), sénateur du Cantal, qui vient de succomber à l'âge de quarante-quatre ans ; — de M. le docteur Canepa, décédé le 25 septembre 1884, victime de l'épidémie cholérique qui sévit à Naples ; — de M. le docteur Zeissl, médecin distingué de Vienne.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Sont chargés, pendant l'année scolaire 1884-1885, des cours complémentaires ci-après désignés les agrégés dont les noms suivent : MM. Gariel, physique ; Hanriot, chimie ; Blanchard (Raphaël), histoire naturelle ; Budin, accouchements ; Rémy, physiologie ; Straus, anatomie pathologique.

Sont chargés, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1884-1885, des cours auxiliaires ci-après désignés les agrégés dont les noms suivent : MM. Rendu, pathologie interne ; Peyrot, pathologie externe.

Sont chargés, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1884-1885, des cours ci-après désignés les agrégés dont les noms suivent : MM. Debove, pathologie interne ; Bouilly, pathologie externe.

MM. Hallé, Clado, Hartmann et Valin sont nommés, pour quatre ans, aides d'anatomie.

Le personnel des travaux pratiques de physique, pendant l'année scolaire 1884-1885, est composé comme suit : MM. Guebhard, chef des travaux ; Sandoz, préparateur ; Mergier, préparateur.

Le personnel des travaux pratiques d'histoire naturelle, pendant l'année scolaire 1884-1885, est composé comme suit : MM. Faguet, chef des travaux ; Artault, préparateur adjoint (zoologie) ; Blondel, préparateur adjoint (botanique) ; Bergé, préparateur adjoint (botanique).

Le personnel des travaux pratiques de physiologie, pendant l'année scolaire 1884-1885, est composé comme suit : MM. Laborde, chef des travaux ; Rondeau, préparateur ; Gley, préparateur ; Pigno, aide-préparateur ; Martin, aide-préparateur.

Le personnel des travaux pratiques d'anatomie pathologique, pendant l'année scolaire 1884-1885, est composé comme suit : MM. Gombault, chef des travaux ; Brault, préparateur ; Babinski, préparateur ; Chantemesse, préparateur ; Dubar, moniteur ; Durand-Fardel, moniteur ; Jardet, moniteur.

Le personnel des travaux pratiques d'histologie à la Faculté de médecine de Paris, pendant l'année scolaire 1884-1885, est composé comme suit : MM. Cadiat, chef des travaux ; Gaucher, préparateur ; Variot, préparateur ; Sapelier, aide-préparateur ; Launois, aide-préparateur.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — L'ouverture de ce concours a eu lieu mercredi dernier, à 1 heure après-midi.

Le jury se compose de MM. Luys, Grancher, Quinquaud, Polaillon, Kirmisson, Henriet et Bar.

Le sujet de la composition écrite était : *Voies biliaires (anatomie et physiologie) ; signes, diagnostic et traitement des kystes hydatiques du foie.* Les deux autres questions restées dans l'urne étaient : 1° *Espaces intercostaux et pleurésie purulente ;* 2° *Cordons postérieurs et racines postérieures de la moelle ; signes et diagnostic de l'ataxie locomotrice progressive.*

— Par arrêté ministériel, en date du 27 septembre 1884, M. le docteur Rogron est nommé médecin du bureau de bienfaisance du XIe arrondissement de Paris.

— MM. les docteurs Henriet, chirurgien des hôpitaux, Piéchaud, médecin du Sénat, et Blayat, sont nommés médecins inspecteurs-adjoints du personnel enseignant du département de la Seine.

DISTINCTIONS ET RÉCOMPENSES DÉCERNÉES POUR ACTES DE DÉVOUEMENT PENDANT L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE ACTUELLE :

Légion d'honneur : sont promus officiers : MM. Massaloup, médecin principal de première classe à l'hôpital militaire de Perpignan, et Accarias, médecin principal de deuxième classe à l'hôpital militaire de Marseille.

Sont nommés chevaliers : MM. Pelloux et Bertrand, médecins-

majors de deuxième classe au 61e d'infanterie à Toulon; Cabanié, médecin-major de deuxième classe au 17e dragons à Carcassonne; Mme de Saint-Julien (Anne-Marie), supérieure des sœurs de Saint-Vincent-de-Paul, supérieure de l'hôpital militaire de Marseille.

Médaille d'or de première classe : Mme Maignon (Suzanne), en religion sœur Stéphanie, de l'ordre de Saint-Vincent-de-Paul, attachée à l'hôpital militaire de Marseille; Bonzaud, brigadier à la compagnie de gendarmerie des Bouches-du-Rhône.

Médaille d'argent de première classe : MM. Fleuret, Fouquet et Brien, sergents aux sections d'infirmiers militaires à l'hôpital militaire de Perpignan.

Avancement. — Par ordre du ministre de la guerre, est inscrit d'office à la suite du tableau d'avancement pour le grade de médecin principal de deuxième classe, M. Derozey, médecin-major de première classe à l'hôpital militaire de Marseille.

Distinctions honorifiques. — M. le docteur J. Ehrmann (de Mulhouse), membre correspondant de l'Académie de médecine, vient d'être promu officier de la Légion d'honneur.

Corps de santé militaire. — Par décrets en date des 22 et 26 septembre 1884 ont été promus dans le cadre des médecins de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de première classe : M. Poncet, professeur à la Faculté de Lyon.

Au grade de médecin-major de deuxième classe : MM. Chandelux, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; Mollière, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; Morat, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; Coirat, agrégé de la Faculté de médecine de Lyon; Mollière (Adrien), médecin des hôpitaux de Lyon; Bouveret, agrégé de la Faculté de médecine de Lyon; Vinay, agrégé; Cordier, chirurgien en chef à Lyon; Livon, professeur de physiologie à l'Ecole de médecine de Marseille.

Au grade de médecin aide-major de première classe : Les médecins aides-majors de 2e classe : MM. Chirié, Berthomier, Fessy, Viallaron, Stagienski de Holub, Martin, Nicolas, Thomas, Servel, Reignier, Force, Gromo, Godemel, Bernard, Francoz, Senebier, Bineau, Caillot, Bugnon, Rey, Ganzolphe, Guédel, Veyrat, Badin, Gignoux, Carry, Emperenr, Piot, Audibert, Comoz, Moyettaz, Chalvet, Robert, Féa, Giraud, Guilland, Roux, Rebatel, Masson (Louis), Masson (Albert), Durand, Rauzé, Romain, Conrbis, Dufour, Bruyère, Barralis, Laurens, Cusset, Lemoyne, Pæyan, Alexandrowicz, Balp, Tribes, Carcassonne, Long, Bourdon, Fanton, Bernard, Pauchon, Raymond, Ferret, démissionnaire de l'armée active.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe : les docteurs en médecine : MM. Marseille, Anthelmy, Barthélemy, Bressot, Fillion, Pruvot, Colembet, Revillet, Authenac, Cassin, Le Villain, Regnard.

— Par décret en date du 27 septembre 1884 ont été promus dans le cadre des médecins de réserve :

Au grade de médecin aide-major de première classe: MM. Huet, Dordelu.

— Par décret, en date du 27 septembre, ont été promus dans le cadre des médecins de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de deuxième classe : MM. Landrieux, médecin des hôpitaux de Paris, Kirmisson et Bouilly, agrégés de la Faculté de Paris.

Au grade de médecin aide-major de première classe : MM. les docteurs Duhuisson, Maury, Kuhff, Miquel, Foucart, Barbelet, Ajello, Gouël, Ricklin, Kœnig, Henninger, Bloch, Barborin, Morisson, Hamon, Cornilleau, Richer, Chevalet.

— Par décision ministérielle du 26 septembre 1884 ont été désignés, savoir :

M. Pasquet, médecin-major de 1re classe au 115e régiment d'infanterie; M. Aubert, médecin-major de 1re classe au 22e régiment d'infanterie; M. Barois, médecin-major de 2e classe au 12e régiment de cuirassiers; M. Maire, médecin-major de 2e classe au 22e régiment d'infanterie; M. Adam, médecin-major de 2e classe au 11e régiment de hussards; M. Guillemot, médecin-major de 2e classe au 108e régiment d'infanterie; M. Lobit, médecin-major de 2e classe au 53e régiment d'infanterie; M. Cassedebat, médecin-major de 2e classe au 9e régiment de chasseurs; M. Laydeker, médecin-major de 2e classe au 130e régiment d'infanterie; M. Raynaud, médecin-major de 2e classe au 134e régiment d'infanterie; M. Martin, médecin-major de 2e classe au 95e régiment d'infanterie.

— Par décret, en date du 28 septembre, M. Liard, recteur de l'Académie de Caen, est nommé directeur de l'enseignement supérieur, en remplacement de M. Albert Dumont, décédé.

Concours d'élèves en médecine et en chirurgie pour le service des hôpitaux civils de Marseille. — Le lundi 8 décembre 1884, à huit heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu un concours pour cinq places d'élèves internes.

Le lundi 15 décembre, à trois heures du soir, un autre concours sera ouvert dans le même hôpital pour huit places d'élèves externes

Ces deux concours auront lieu devant la commission administrative assistée d'un jury médical.

Les élèves devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices à l'Hôtel-Dieu et produire un certificat de moralité récemment délivré par le maire du lieu de leur résidence.

Les candidats pour le premier concours auront de plus à justifier du nombre de douze inscriptions et d'un an de service actif dans un hôpital comme externes ou comme stagiaires.

Muséum. — Les exercices relatifs à l'emploi du microscope dans l'étude de la structure intime des tissus constitutifs des animaux ont lieu, dès maintenant, tous les jours, de midi à cinq heures du soir, sous la direction de MM. Ch. Robin, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut, et G. Pouchet, professeur au Muséum, au laboratoire d'anatomie comparée et d'histologie zoologique, rue de Buffon, 55, où les élèves doivent se faire inscrire près du directeur-adjoint.

Congrès international d'otologie. — La ville de Bruxelles a été désignée comme siège du prochain congrès international d'otologie, en 1888.

— M. le docteur Nicaise, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Laennec, a commencé ses conférences de clinique chirurgicale le samedi 4 octobre, à dix heures, et les continuera les mardis et samedis suivants.

— Les habitants de Châteaumeillant (Cher) demandent un médecin. La ville compte près de 4,000 habitants. Bon accueil et beaucoup de travail l'attendent.

S'adresser pour les renseignements à M. Barreyre, ancien juge de paix à Châteaumeillant (Cher).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Thèses de doctorat. — Année scolaire 1883-1884

8. M. Stieffel. De l'influence de la syphilis sur l'évolution de la tuberculose. — 9. M. Colson. Contribution à l'étude de la marche de la paralysie générale. — 10. M. Lebon. Relation de l'épidémie de fièvre typhoïde qui sévit en décembre 1883 aux forges de Liverdun (Meurthe-et-Moselle). — 11. Vuillemin. De la valeur des caractères anatomiques au point de vue de la classification des végétaux. Tige des Composées. — 12. Saintin. Contribution à l'é-

tude de la syphilide pigmentaire primitive du cou. — 13. M. Parisot. Recherches sur le pouls dans le cours, la convalescence et la rechute de la fièvre typhoïde. — 14. M. Loison. Du traitement du cancer de la langue. — 15. M. Kraus. Contribution à l'étude de la nécrose phosphorée. — 16. M. Schürrer. De l'influence de l'intervention opératoire sur le développement et la marche de la tuberculose pulmonaire. — 17. M. Henry. Variations horaires diurnes et nocturnes de la température dans la pneumonie. — 18. M. Spraud. Considérations cliniques sur l'amputation tibio-calcanéenne par le procédé Pasquier-Le Fort.

Décès notifiés au bureau municipal de statistique de la ville de Paris du vendredi 26 au jeudi 2 octobre 1884.

Fièvre typhoïde 18. — Variole 0. — Rougeole 13. — Scarlatine 4. — Coqueluche 3. — Dipthérie, croup 23 — Dysentérie 1. — Erysipèle 1. — Infections puerpérales 6. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 43. — Phthisie pulmonaire 193. — Autres tuberculoses 13. — Autres affections générales 55. — Malformation et débilité des âges extrêmes 35. — Bronchite aiguë 9. — Pneumonie 33. — Athrepsie gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 50, — au sein et mixte 35. — Inconnu 0. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 71. — de l'appareil circulatoire 48. — de l'appareil respiratoire 62. — de l'appareil digestif 35. — de l'appareil génito-urinaire 18. — de la peau et du tissu lamineux 4. — des os, articulations et muscles 3. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 1. — infectieuses 3. — Épuisement 0. — Causes non définies 2. — Morts violentes 24. — Causes non classées 6. — Total de la semaine : 806 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Des rapports de l'hystérie avec les diathèses scrofuleuse et tuberculeuse, par le docteur J. Grasset, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier. 1 vol. in-8 de 80 pages. — A la librairie Camille Coulet, 5, Grande-Rue, à Montpellier, et à la librairie Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Prophylaxie et géographie médicale des principales maladies tributaires de l'hygiène, par Léon Poincaré, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Nancy, avec 24 cartes en couleurs intercalées dans le texte, 1 vol. gr. in-8, broché. — Prix : 12 fr. — G. Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Recherches sur l'élimination de l'acide phosphorique chez l'homme sain, l'aliéné, l'épileptique et l'hystérique, par le docteur A. Mairet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. 1 vol. in-4 avec tableaux et planches. — Prix : 5 fr. — G. Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Les maladies chroniques de la gorge et de la voix, hygiène et traitement, par le docteur Farges. Un vol. in-8. — Prix : 2 fr. — Librairie Félix Alcan, successeur de Germer-Baillière et Cie, 108, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le Rédacteur-en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.



55e année. 7e série. Tome Ier. N° 42 18 OCTOBRE 1884

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

CLINIQUE CHIRURGICALE

DU TRAITEMENT DES GANGLIONS TUBERCULEUX. — Service de M. le docteur BOUILLY à l'hôpital de la Charité. Leçon recueillie par le docteur Coudray, chef de clinique.

Un malade entré dans notre service, atteint d'adénopathie tuberculeuse cervicale, me fournit l'occasion de vous parler du traitement de cette affection ; car, malgré les divergences d'opinion qui existent encore sur la conduite à suivre en pareil cas, la doctrine me semble faite et assez clairement établie.

Le malade en question est un jeune homme de 22 ans, nullement misérable, mais prédisposé à la tuberculose par hérédité : son père est en effet mort de cette maladie.

Son enfance, un peu délicate, n'a cependant été marquée par aucune maladie sérieuse et digne de nous arrêter.

Le 14 juillet 1883, il commença à sentir derrière l'oreille droite une petite tuméfaction roulant sous le doigt. Bientôt après, les ganglions sous-maxillaires postérieurs et sus-hyoïdiens sont intéressés, ainsi que le groupe sus-claviculaire ; en somme, il se fait une invasion presque simultanée de tous les ganglions cervicaux. C'est dans ces conditions que le malade consulta un médecin des hôpitaux ; le traitement général très bien institué ne fut suivi d'aucun résultat.

Je le vis alors pour la première fois il y a quatre ou cinq mois. Il portait derrière l'oreille et dans la région sous-maxillaire des ganglions fermes, gros comme des noix, présentant la consistance de marrons cuits, mobiles sous la peau, sans adhérences avec les parties profondes. A ce moment, l'état général de ce jeune homme étant assez satisfaisant, je crus devoir continuer le traitement : iodure de fer, liqueur de Fowler, et je conseillai en outre une saison à Salins. Pendant les quinze premiers jours de sa cure à Salins, tout alla bien ; mais, à ce moment, l'un des ganglions supérieurs commença à rougir. Un médecin de l'endroit fit une ponction au bistouri pour vider le ganglion. Au bout de quelques jours, par l'orifice devenu fistuleux, sortait un liquide séro-purulent. Presque aussitôt des phénomènes inflammatoires éclataient dans la zone voisine, et aujourd'hui le ganglion qui a été le siège de l'incision est entouré d'une néo-formation inflammatoire générale, tandis que les autres ganglions n'ont subi aucune modification.

Que s'est-il donc passé ici? Il est clair qu'une simple ponction, voire même une incision, n'expliquent pas le fait ; mais les données que nous possédons sur le développement de la tuberculose nous fournissent la raison de ces phénomènes. La ponction a livré passage aux éléments tuberculeux contenus dans le ganglion ; ceux-ci ont envahi les tissus ambiants par le mécanisme de l'auto-inoculation, et tout le voisinage est en train de devenir tuberculeux.

L'état général du malade, sans être très brillant, n'est pas mauvais ; c'est un garçon pâle, peu développé, mais nullement cachectique. Au point de vue pulmonaire, il offre un fait à préciser. On constate au sommet droit un souffle dur, presque caverneux ; en examinant plus attentivement la poitrine, on reconnaît que les efforts de toux ne déterminent ni gargouillement ni râles d'aucune sorte. Il s'agit donc là probablement d'une induration ganglionnaire amenant une compression de la bronche droite ; en un mot, il existe au niveau des bronches des ganglions comme il y en a au cou.

Le diagnostic de l'affection en présence de laquelle nous nous trouvons ne présente pas de difficultés : il s'agit d'une adénopathie tuberculeuse, de cette forme d'engorgement ganglionnaire qu'on appelait, il y a peu de temps encore, « les ganglions scrofuleux ». Or, la preuve indéniable de la nature tuberculeuse de ces ganglions est faite aujourd'hui. A la suite de recherches nombreuses, MM. Colas et Martin ont pris ces ganglions comme agents d'inoculation et ont ainsi produit la tuberculose sur des animaux ; le bacille caractéristique a été trouvé dans ces tuberculoses expérimentales. Klebs et Conheim ont vérifié et confirmé ces expériences.

La question n'est donc plus douteuse, et cette notion nouvelle pèse d'un certain poids dans la balance au point de vue de l'intervention. Que faut-il donc faire en présence de ces adénopathies que nous savons maintenant être tuberculeuses ?

On peut objecter, pour justifier l'inaction chirurgicale, qu'il est fréquent de voir chez des gens d'un certain âge des cicatrices irrégulières du cou, indices d'altérations ganglionnaires guéries, et dire par conséquent que ces lésions ne présentent pas de gravité. Eh bien, en recherchant dans mes souvenirs, je ne vois pas ces cicatrices chez des personnes âgées ; c'est surtout avant 30 ou 40 ans qu'on les observe. Il y a donc lieu de supposer que les gens qui en sont porteurs disparaissent avant d'atteindre un âge avancé : ils succombent à d'autres manifestations de la tuberculose. Ce n'est pas là du tout une proposition qui me soit personnelle ; il est parfaitement démontré que fréquemment la localisation ganglionnaire est la première manifestation de la tuberculose. Quinquaud, dans sa thèse d'agrégation, a prouvé par des chiffres qu'il y a parmi les individus qui succombent à la tuberculose pulmonaire une

proportion imposante de gens qui ont présenté des manifestations ganglionnaires. Rindfleisch insiste de son côté sur ce fait que très souvent la tuberculose prend racine dans les ganglions pour se généraliser dans la suite. Hüeter professe une doctrine analogue et recommande l'ablation précoce de ces tumeurs ganglionnaires pour prévenir la dissémination des germes tuberculeux dans l'organisme.

Je suis, pour ma part, un peu moins radical que ces auteurs. Fondant mon opinion sur une série d'observations, je crois que la tuberculose ganglionnaire est « bénigne » quand elle est isolée; qu'elle guérit spontanément dans quelques cas de bonnes conditions sociales et hygiéniques. L'état général des malades doit donc être tenu en grande considération.

Il n'est pas besoin d'une intervention chirurgicale active contre ces petits ganglions durs, roulant sous le doigt, qu'on observe chez les enfants et les jeunes gens; il faut se garder aussi et surtout des applications locales diverses (fondantes ou irritantes) qui sont inutiles et de plus dangereuses; par l'irritation qu'elles déterminent, par les fissures et même les ulcérations qu'elles créent, elles sont l'origine d'inflammations et d'auto-inoculations qui modifient et aggravent très vite la situation; tout au plus peut-on se permettre l'application de collodion élastique iodoformé en cuirasse, qui comprime les petites tumeurs sans irriter la peau qui les recouvre.

Le traitement sera donc dans ces cas un traitement général, dont l'huile de foie de morue, la liqueur arsenicale de Fowler et les préparations iodées forment la base. En second lieu, on recommandera le séjour à la campagne, à la mer (si les poumons sont indemnes), les stations chlorurées sodiques, telles que Salins ou Salies-de-Béarn. On obtient parfois à l'aide de ce traitement des résultats absolument étonnants.

Mais, lorsque ce traitement reste infructueux, la chirurgie a le devoir d'intervenir. Les lésions ganglionnaires se multiplient : l'aine, le bassin, l'aisselle, peuvent être en même temps que le cou envahis par l'adénopathie tuberculeuse; c'est cette généralisation qu'il faut tâcher de prévenir par une intervention opportune.

Dans les conditions où l'intervention s'impose, l'évolution locale, quelle que soit la région, est toujours la même. Une des masses ganglionnaires se ramollit, la région environnante se tuméfie; la peau s'ulcère et devient bientôt elle-même le siége d'une ulcération tuberculeuse, cause elle-même d'inoculations de voisinage et d'infection. A l'adénite tuberculeuse s'ajoute une dermite tuberculeuse. Les masses voisines se prennent à leur tour et une surface considérable devient le siége d'ulcérations, de fistules et de suppurations interminables.

La chirurgie n'est pas désarmée contre ces ganglions qui grossissent ou qui suppurent. Je fais à dessein cette distinction entre les ganglions non suppurés et les ganglions suppurés.

1o Dans le cas de ganglions non suppurés, à marche progressive, je rejette toutes les petites interventions, y compris les injections interstitielles, qui ne me paraissent pas donner de bons résultats. C'est alors que l'extirpation est indiquée; elle est facilement réalisée par la limitation des lésions au ganglion et par l'absence d'adhérences aux parties voisines; toutes ces conditions rendent également possible la réunion immédiate de la plaie opératoire.

2o Les petits moyens (ponction, séton, incisions simples) doivent être rejetés, à plus forte raison lorsque les ganglions sont suppurés; mais, d'autre part, en raison des adhérences intimes qu'ils ont contractées avec les parties voisines (gros vaisseaux en particulier), il est presque impossible et souvent dangereux d'en faire l'extirpation; c'est à la curette tranchante qu'il faut avoir recours; cet instrument qui peut, grâce à sa conformation, pénétrer dans les moindres interstices, permet un grattage minutieux et complet des parties suspectes. Il est clair qu'en certains points, au voisinage des vaisseaux et des articulations, les manœuvres doivent être conduites avec prudence.

Il y a cependant des cas qui échappent à l'intervention complète par la curette tranchante; je veux parler de ces ganglions suppurés occupant une très vaste surface; on ne peut guère tenter qu'une opération palliative; dans un de ces abominables cas, où l'envahissement tuberculeux occupait toute l'aisselle et une partie du tronc en avant et en arrière, j'ai éteint dans les cloaques suppurés un certain nombre de gros cautères en olive; les lésions ont été réduites d'étendue; c'est tout ce qu'on peut espérer en pareil cas.

Dans toutes mes opérations sur les ganglions tuberculeux comme sur les abcès froids, j'emploie la solution de chlorure de zinc à 5 p. 100 versé dans la plaie à mesure que travaille la curette; puis je bourre la cavité avec la gaze iodoformée.

Les résultats fournis par ce mode d'intervention sont des plus satisfaisants et je n'ai jamais eu à regretter de l'avoir pratiqué. Sur plus de vingt cas sur lesquels j'ai des notes et dont quatre ont été publiés dans la thèse de Petitot, je n'ai jamais observé aucun accident local ni aucune formation tuberculeuse à distance. Une seule fois j'ai dû faire une seconde opération. Pas plus que personne, je n'ai la prétention d'obtenir l'éradication de la tuberculose en supprimant une manifestation locale; nous ne pouvons jamais être renseignés sur le degré certain de l'infection des malades; mais dans tous les cas, en leur enlevant un foyer de tuberculose, nous les rendons moins tuberculeux et par suite nous les plaçons dans de meilleures conditions de résistance pour lutter contre l'invasion de nouvelles manifestations.

P. S. — L'opération a démontré que le ganglion rétro-auriculaire était suppuré, ainsi que les parties voisines auxquelles il adhérait.

Le gros ganglion de la région sterno-mastoïdienne, beaucoup plus volumineux qu'on aurait pu le supposer, du volume d'un œuf de poule, allongé sur la gaîne des vaisseaux, dut être minutieusement disséqué. Il était complètement farci de masses caséeuses ramollies.

Le ganglion sous-maxillaire, malgré l'intégrité de la peau, était transformé en un véritable kyste purulent.

La réunion fut obtenue dans toute l'étendue de la plaie par première intention et le malade opéré le vendredi 26 septembre sortait de l'hôpital le vendredi suivant 3 octobre.

DERMATOLOGIE

Eruption eczémateuse provoquée par l'application d'une pommade a l'iodoforme chez un syphilitique, par le docteur Paul Fabre (de Commentry).

Au nombre des éruptions artificielles provoquées par le contact des substances médicamenteuses, on a récemment signalé une sorte d'exanthème dû à l'iodoforme. M. Neisser, de Breslau,

a cité (dans le Deutsch. med. Wochenschrift, 1884, no 30, résumé dans la Revue hebd. de thérapeutique générale et thermale, p. 488) huit cas d'érythème vésiculeux imputable à l'action de ce médicament appliqué à la surface de la peau. Cet exanthème, d'après le professeur Neisser, n'aurait jamais été observé à la suite de l'administration de l'iodoforme à l'intérieur. Le même observateur affirme en outre que l'apparition de l'éruption semble être liée à une certaine prédisposition individuelle. Cette dernière allégation ne me paraît pas pleinement démontrée, si je m'en rapporte au fait suivant, dans lequel on a pu constater tout au plus une disposition à l'eczéma. En effet, le sujet dont il va être question dans mon observation avait déjà à plusieurs reprises employé des pansements à l'iodoforme sans voir apparaître les phénomènes qui sont survenus lors de la dernière application de ce topique.

Observation. — *Poussées locales d'eczéma suintant, succédant à chaque application nouvelle de pommade à l'iodoforme, chez un jeune homme syphilitique.* — M. B..., officier d'administration, âgé de vingt-sept ans, a eu il y a trois ans un chancre induré à la base du gland, à côté du frein. Le chancre guérit assez rapidement presque sans traitement, car on l'avait d'abord pris pour un simple *herpès preputialis*.

Deux mois après, la roséole étant passée inaperçue, des papules accompagnées de chute des cheveux apparurent à la région épicranienne. Des pilules de Sédillot furent prescrites. En même temps des plaques muqueuses survinrent à la muqueuse buccale et pharyngienne aussi bien qu'à l'anus.

Des gommes se développèrent plus tard à la tête qui furent traitées après leur ulcération par divers topiques et spécialement par de la pommade au précipité blanc, et enfin par de la poudre d'iodoforme en nature. L'iodure de potassium fut donné à l'intérieur conjointement aux préparations mercurielles. En février dernier, M. B..., étant en congé dans sa famille, présenta de nouvelles gommes du cuir chevelu qui s'ulcérèrent et furent traitées par l'application de morceaux d'emplâtre de Vigo. A l'intérieur, 3 grammes par jour d'iodure de potassium en solution. — Sirop de Gibert (15 à 20 grammes par jour).

Une éruption d'eczéma se déclara qui envahit tout le cuir chevelu et les régions avoisinantes de la face. Le traitement antisyphilitique fut suspendu. On prescrivit des tisanes rafraîchissantes, chiendent, pensées sauvages et follicules de séné, et des topiques émollients, cataplasmes de fécule, poudre d'amidon.

L'éruption, moins vive, continuait cependant encore, lorsque des plaques muqueuses apparurent au pharynx et quelques indurations se manifestèrent au front. On reprit le sirop de Gibert jusqu'à salivation et gingivite intense, malgré l'ingestion de 3 à 4 grammes par jour de chlorate de potasse en potion et en pastilles. Enfin la gingivite guérit, mais l'eczéma persista. Le congé touchait à sa fin, M. B... revint à son poste pour entrer à l'hôpital. L'eczéma acheva de guérir en quelques semaines. Tout alla bien ensuite, et vers la fin de juin M. B... arrivait à Barèges où il a fait une saison de quarante jours. Il a pris vingt-cinq bains. Après le onzième bain, M. B... a été obligé d'interrompre le traitement thermal pendant une dizaine de jours en raison de l'apparition de quelques plaques ulcérées et d'une nouvelle poussée d'eczéma qui envahissait encore le cuir chevelu. Il quitte enfin Barèges en si bon état qu'il se crut permis de faire quelques fredaines pendant deux jours avant de se rendre dans sa famille. Il prenait alors quatre à six pilules de Vallet par jour.

Le 4 septembre, il me montrait une gomme ulcérée aux lombes du côté gauche, et, outre quelques plaques muqueuses buccales, on voyait à la lèvre supérieure, vers la commissure gauche, une croûte saillante rugueuse, irrégulière, à moitié cachée sous la moustache, ressemblant à du rupia. Je conseillai l'application d'un mélange de 2 grammes d'extrait de ratanhia et de 30 grammes de glycérolé d'amidon. En même temps, je fis reprendre le traitement mixte : 2 grammes par jour de solution d'iodure de potassium et 10 grammes de sirop de Gibert (une cuillerée à café matin et soir dans une tasse de tisane de salsepareille). Le 6, la plaque de rupia semblait gagner en étendue et devenait plus gênante. Je formulai une pommade à l'iodoforme (2 grammes pour 30 grammes d'axonge benzoïnée).

A la suite de la première application, un écoulement séreux et très abondant se produisit; tout le côté gauche de la face rougit, se tuméfia et bientôt se mit à suinter. On accusa l'iodoforme et même le pharmacien que l'on crut s'être trompé dans la préparation de la pommade. On mit des cataplasmes de fécule. Le suintement persistait encore le lendemain. Mais l'inflammation et la cuisson étaient moins vives. M. B... se souvenant que l'iodoforme en nature, antérieurement employé, n'avait pas produit de pareils effets, renouvela l'application de la pommade. L'inflammation reparut et redoubla. Je fus appelé et je constatai une poussée eczémateuse des plus sérieuses sur tout le côté gauche de la face. Les lèvres, surtout la supérieure, étaient boursouflées; la joue bouffie, d'un rouge vif. Les paupières de l'œil gauche, œdématiées, laissaient à peine entrevoir une sclérotique très injectée.

Le suintement était des plus abondants; il consistait en une sérosité très claire, tout à fait transparente. Je fis suspendre l'usage de la pommade. Cataplasmes d'amidon, poudre d'amidon. Huile de ricin pour le lendemain, car la langue était saburrale.

Le 9 septembre, le côté gauche de la face est moins tuméfié; il n'y a presque plus de suintement; l'épiderme s'exfolie par places. Je conseille de reprendre pendant quelques jours le glycérolé au ratanhia pour panser la croûte de rupia.

Il y a un peu de gingivite. Je fais cesser le sirop de Gibert; j'ordonne une potion à 8 grammes de chlorate de potasse pour trois jours. On continue l'iodure de potassium à la dose de 2 gr. par jour.

Le 11 au soir, comme on avait compris que je ferais reprendre ce jour-là la pommade à l'iodoforme, on en fit une application avant que j'eusse revu mon malade. Je ne le revis que le 12; une nouvelle poussée vésiculeuse se produisit. Je fis remettre des cataplasmes de fécule. La région frontale présentait une induration et une saillie inflammatoire que je fis couvrir d'un fragment d'emplâtre de Vigo. J'en fis mettre aussi au pied gauche, sur le bord interne, au devant du talon, où siégeait une ulcération enflammée reposant sur une induration. Cette plaie du pied était attribuée à une saillie de la semelle du soulier.

La gingivite persistant, j'ai fait continuer le chlorate de potasse jusqu'au 28 septembre.

Le 22, l'induration du front a fondu, celle du pied par contre persiste encore. La croûte de la lèvre est tombée; la moustache blonde et un peu rare ne laisse voir qu'une surface rouge légèrement saillante. La plaie des lombes est cicatrisée; le pied gauche garde encore son ulcération et son induration. L'emplâtre de Vigo continuera d'être appliqué.

Le traitement anti-syphilitique est repris pour une dizaine de jours encore. Une plaque muqueuse à la lèvre (vers la commissure) et que l'on pansait avec de la pommade rosat, est cautérisée avec la teinture d'iode.

Je conseille du vin de quinquina et 3 pilules de Vallet par jour.

Le 2 octobre, M. B... va relativement très bien.

Remarques. — 1o Si cette observation m'a paru mériter d'être relatée avec tant de détails, c'est qu'on a pu assister, à trois reprises différentes, à l'action directement irritante de l'iodoforme sur la peau.

2o Tandis que l'iodoforme en poudre appliquée sur des ulcérations n'avait, l'année précédente, amené aucune éruption, cette fois une simple pommade au 15e a suffi pour en provo-

quer une très intense (1). On ne saurait donc être aussi absolu que M. Neiser et affirmer que l'apparition de l'exanthème iodoformique est liée à une prédisposition individuelle.

3° Par contre, si l'on se rappelle que le sujet de mon observation a eu il y a sept mois une première poussée eczémateuse, et durant son traitement thermal une seconde poussée, on sera en droit de s'expliquer la facilité avec laquelle l'eczéma est reparu sous l'influence de l'application de la pommade iodoformée nécessairement irritante.

4° Mais avant tout on fera attention à ce fait que la poussée exanthémateuse a pris naissance à côté du point d'application de la pommade, et ne s'est étendue que dans le côté de la face correspondant.

5° Enfin nous ferons remarquer aussi la rapidité avec laquelle cette éruption provoquée a parcouru ses divers stades : successivement érythémateuse, vésiculeuse, suintante, squameuse, pour arriver à la guérison plutôt par la suspension de la pommade que par le traitement émollient, auquel on s'est hâté de recourir afin d'atténuer la vivacité de la cuisson.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

De la paralysie vésicale consécutive a l'usage de l'acide phénique en pansements, par le docteur A. Cartaz, ancien interne des hôpitaux.

Le pansement phéniqué, dont l'usage s'est si rapidement et si heureusement répandu, n'est pas exempt de quelques inconvénients. Sans parler des érythèmes cutanés, des altérations toutes locales, fort bénignes du reste, dues à l'action caustique de cet agent, plusieurs chirurgiens ont signalé de véritables intoxications provoquées par l'absorption par les plaies. Kuester, Langenbeck, Olshausen, Hahn et d'autres en ont rapporté quelques exemples. La coloration noire des urines, indice de la pénétration de l'acide dans l'organisme, est un symptôme des plus communs.

Dans quelques cas, l'absorption lente et continue de l'acide phénique dans une cavité, à la surface d'une plaie cruentée ou bourgeonnante, a provoqué des phénomènes qui se rapprochaient de ceux produits par l'introduction par les voies digestives, par les véritables empoisonnements.

J'ai eu, pour ma part, l'occasion d'observer un symptôme assez insolite et qui me paraît se rattacher d'une façon étroite à ces formes d'intoxication. Ce sont des accidents de rétention d'urine, de paralysie vésicale. Voici le résumé des deux observations que j'ai recueillies.

Obs. I. — Dans le courant de l'année 1881, je fus appelé d'une façon pressante auprès d'une de mes clientes qui venait d'être prise d'une perte abondante ; cette perte était la suite d'un avortement qu'on ne pouvait attribuer qu'à des excès de fatigue. Mme X... avait eu quatre grossesses heureuses ; trois enfants sont vivants, le quatrième est mort à un an de broncho-pneumonie. La grossesse ne remontait pas au delà de deux mois. L'hémorrhagie fut arrêtée facilement et les suites paraissaient devoir être simples lorsque, vers le sixième jour, la malade accusa un peu de fièvre dans la soirée. Dans la nuit éclate un frisson, et quand je vois la malade, le lendemain matin, la fièvre est intense, la température à 39°,5, le ventre sensible, légèrement ballonné. Les lochies ont une odeur très marquée. Le toucher vaginal fait constater la présence d'un petit corps mou, engagé dans le col utérin et d'une fétidité horrible ; je présume qu'il s'agit d'un débris placentaire retenu dans la cavité utérine. Je l'extrais facilement à l'aide d'une pince et je fais aussitôt une injection intra-utérine, avec faible courant, d'une solution phéniquée à 2 0/0. Ces injections sont répétées quatre fois dans la journée. J'administre en même temps un gramme de sulfate de quinine et trente gouttes de teinture d'aconit.

Le soir, la température est descendue à 38°,4 ; le lendemain, à 37°,9. Les lochies ont moins d'odeur, mais la malade est abattue, sans forces, se plaignant de migraine et de nausées.

Le surlendemain, troisième jour depuis l'emploi des injections phéniquées, la malade se plaint de n'avoir pu uriner depuis la veille. La température est normale. Je pratique le cathétérisme et je retire 400 grammes d'une urine noire, foncée. Les accidents de septicémie ont complètement disparu.

En présence de ces phénomènes qui me paraissent se rattacher à une intoxication phéniquée, je remplace le liquide ordinaire par une solution de sublimé à 1 pour 2,000 et je donne à la malade quelques excitants légers.

Je dus pratiquer le cathétérisme pendant quarante-huit heures, retirant des urines d'une coloration de moins en moins foncée. L'état de stupeur disparaissait aussi graduellement. Au troisième jour, six jours après le début des accidents septiques, la malade urinait seule, sans douleur, et avait repris sa vivacité habituelle. A partir de ce moment, la convalescence s'établit complètement.

Obs. II. — Femme de 86 ans, d'une bonne santé. Dans une chute, le 18 janvier 1884, elle se fracture le col du fémur. On place la malade dans une gouttière de Bonnet.

Le douzième jour, 1er février, en nettoyant la malade, on constate l'existence d'une eschare profonde de la région sacrée. Pansement avec de la charpie imbibée d'une solution phéniquée à 5 0/0.

Le 15 février, le pansement ayant été renouvelé régulièrement toutes les vingt-quatre heures, on constate, sans autres phénomènes, et en l'absence de toute fièvre, un ballonnement énorme du ventre ; la malade n'a pas uriné depuis la veille au matin. L'urine coule par regorgement ; il y a paralysie vésicale. La sonde donne passage à un litre d'urine de coloration brun foncé, sans odeur.

Le 16 et le 17 février, la paralysie vésicale persiste sans autres accidents. On supprime alors le pansement phéniqué pour le remplacer par une pommade à la vaseline boriquée. Il n'existe, pas plus que la veille, aucune altération de la sensibilité des membres ; la malade peut mouvoir librement la jambe saine.

Le lendemain, la malade a uriné un peu toute seule ; on pratique cependant le cathétérisme qui donne une centaine de grammes d'urine. Dans la journée, les urines sont rejetées spontanément et toute trace de paralysie vésicale a disparu.

La malade est morte trois semaines plus tard d'épuisement résultant de l'accroissement des eschares. Aux derniers jours, il n'y a eu aucun phénomène de paralysie des membres ni de la vessie.

J'ai recueilli ces deux observations à trois ans de distance. Je n'ignore pas combien sont fréquentes, à l'occasion de traumatismes portant sur la sphère génitale et même sur d'autres régions, les rétentions d'urine d'origine réflexe. Il me semble cependant difficile de pouvoir rapporter à une cause semblable les accidents observés chez mes deux malades. La paralysie a été tout à fait temporaire, elle a cédé rapidement quand j'ai substitué à l'acide phénique une autre préparation.

(1) Dans cette pommade, au lieu d'accuser l'iodoforme, on pourrait peut-être incriminer plutôt l'axonge qui irrite si facilement la peau de quelques personnes. Mais le sujet de mon observation a employé maintes fois d'autres pommades sans voir survenir la moindre poussée eczémateuse. Au surplus, je me suis assuré que l'axonge qui avait servi à la préparation de la pommade iodoformée dans le cas particulier que je viens de rapporter était irréprochable au point de vue pharmaceutique.

Les urines présentaient d'autre part, à un haut degré, la coloration noirâtre caractéristique de l'absorption de l'acide phénique. Chez une de mes malades, il y a eu, en plus, des phénomènes généraux d'intoxication ; mal de tête, stupeur, adynamie. La rétention est survenue deux jours après l'usage des irrigations intra-utérines, et si l'on voulait admettre la possibilité d'une action réflexe consécutive à ces douches que j'administrais moi-même avec beaucoup de prudence, je dirais que Richter a employé chez 3,000 femmes en couches les injections intra-utérines sans jamais constater de rétention d'urine. Chez la seconde malade, il ne s'agissait du reste que d'un simple pansement, et la rétention a cédé aussitôt que la solution a été changée. »

Faut-il croire à une altération des reins préexistante ? Je n'en ai trouvé aucune trace. Les deux malades jouissaient d'une santé parfaite avant l'accident qui a nécessité l'emploi de l'acide phénique. Il ne s'agissait pas au surplus d'anurie, comme le fait a été signalé plus d'une fois à la suite d'empoisonnements phéniqués : c'était de la paralysie vésicale sans manifestation du côté de l'appareil rénal. La vessie était distendue et remplie par une quantité abondante d'urine.

Les recherches bibliographiques que j'ai faites ne m'ont permis de relever que deux cas se rapprochant de mes observations. Nieden et Napier ont vu la rétention d'urine à la suite d'empoisonnements. Voici le résumé de ces deux faits :

Obs. III. — Une femme de 30 ans, au moment où on la met en arrestation, avale 40 centimètres cubes d'un alcool phéniqué au tiers, soit environ 13 grammes d'acide phénique pur. Vertiges immédiats, suivis de perte de connaissance absolue avec cyanose de la face.

On la transporte à l'hôpital : coma absolu avec résolution des membres ; sueurs froides, respiration lente, irrégulière, avec râle trachéal ; vomissements, pouls très fréquent. La sonde œsophagienne, introduite avec peine, permet de retirer environ 7 grammes d'acide phénique.

Bain tiède, avec effusions froides ; faradisation du phrénique. L'amélioration ne se prononce qu'après l'administration d'un lavement de cognac. Huit heures après l'empoisonnement, la malade n'avait pas eu de miction spontanée. L'urine retirée par la sonde contenait de l'albumine, des cylindres granuleux, quelques globules rouges, de l'épithélium rénal. Par le repos, elle se fonçait de haut en bas et se putréfiait rapidement.

La malade guérit. (Berliner klin. Wochensch., 1881.)

Obs. IV. — Leith Napier publie (Edinburgh med. Journ., 1883) l'observation d'une malade atteinte de métro-péritonite à la suite d'un accouchement laborieux. On ordonna des lavages vaginaux avec une solution phéniquée au 20e. Le cinquième jour, on fait prendre par mégarde à la malade une cuillerée à soupe de cette solution. Des accidents graves de collapsus, de troubles cardiaques, survinrent presque aussitôt. Le premier jour, il y eut de la rétention d'urine et on fut obligé de sonder la malade. Vingt-quatre heures après, l'urine était encore noire, mais émise librement.

REVUE CRITIQUE

Obstétrique

Contribution a l'étude de l'accouchement par le front, par le docteur C. Belluzzi.

Dans ces dernières années, divers accoucheurs ont fait une étude particulière de cette présentation. Tandis que l'accouchement par le front était jusqu'à présent considéré comme une variété d'inclinaison de la face ou du vertex, on tend aujourd'hui à en faire une présentation véritable, en Allemagne avec Ahlfeld, Fritsh, Hecker, Winckel et Freund ; en Italie, avec Minati, Mangiagalli, Chiarleoni.

Mangiagalli a publié, en 1880, une monographie importante sur le sujet. Il mentionne les écrits des auteurs que nous venons de citer et à leurs observations, à celles de Mme Lachapelle, il ajoute 17 cas nouveaux, observés presque tous à la Maternité de Milan. Il arrive ainsi au chiffre de 64 accouchements.

Faisant l'analyse de ces cas, il montre que deux fois seulement le menton se tourna en arrière et cependant, dans plus de la moitié des cas, l'art dut intervenir ; il en conclut : « que l'accouchement par le front est possible, même au terme de de la grossesse, mais qu'il est laborieux, qu'il réclame souvent l'intervention de l'art. — Les difficultés ne se rencontrent pas au détroit supérieur (à moins de vices de conformation), mais passé ce détroit, de sorte que l'intervention s'effectuera dans des conditions ni difficiles ni périlleuses pour la mère et pour l'enfant ».

Chiarleoni, au contraire, dans un travail sur le même sujet, après avoir rappelé un cas de présentation du front, observé en 1875 à la Maternité de Milan, dans lequel l'accouchement se termina par une craniotomie et une application du forceps Guyon, fait l'historique des opinions des auteurs et arrive à cette conclusion que l'accouchement dans les cas de ce genre a un pronostic aussi grave que celui de l'accouchement dans la présentation du plan latéral du tronc, abandonné aux seules forces de la nature.

Pour démontrer la différence de gravité entre cette présentation du front et celle de la face, il joint à son important mémoire la statistique des accouchements par la face dans la Maternité de Milan de 1853 à 1875. Sur le nombre de ces accouchements, qui est de 61, 51 se terminèrent spontanément, tandis que, sur les 64 par le front, de Mangiagalli, moins de la moitié s'acheva naturellement.

Le docteur Césare Belluzzi, étudiant de son côté cette question, se demande le pronostic à poser et le traitement à instituer. Il annonce d'abord que, dans l'accouchement par la face, qui est de beaucoup le plus fréquent, il n'a eu que deux fois à intervenir, et encore, dans un cas, il y avait angustie pelvienne. Dans cinq présentations du front, au contraire, il n'observa une terminaison spontanée que deux fois seulement et, dans un cas, l'enfant mourut pendant le travail. Dans les trois autres cas, l'accouchement se termina deux fois par application de forceps, un enfant mort, et une fois par la craniotomie.

Le premier cas observé par l'auteur remonte à 1858 ; ayant appliqué le forceps, il s'aperçut de la tendance de la présentation à se convertir en celle de la face ; il fut assez heureux pour obtenir cette mutation et pour ramener en avant, sous le pubis, le menton. Ce fait vient à l'appui de la proposition de Chiarleoni que, dans les cas semblables, on doit préférer au forceps les manœuvres manuelles qui permettent d'abaisser plus aisément le menton.

Quant à la craniotomie qu'il pratiqua, elle fut des plus difficiles.

Ces observations tendent donc à prouver que l'accouchement dans la présentation par le front est difficile et demande l'intervention de l'accoucheur.

Les modifications de la forme de la tête de l'enfant rendent compte des difficultés éprouvées. La tête prend une forme ovale et allongée de l'occiput au menton dans l'accouchement par l'occiput; de la base du crâne au vertex dans les positions occipito-postérieures; de l'occiput à la face dans cette dernière présentation; elle prend une forme triangulaire dans la présentation du front. Cette forme est moins apte au passage de la tête puisque le front s'abaissant vers le centre du bassin, il en résulte que le diamètre mento-occipital, qui représente la base du triangle et se trouve au détroit supérieur, se met en rapport avec ce détroit qui est d'un centimètre et plus inférieur dans ses diamètres.

Quand l'accouchement se fait spontanément, la racine du nez se fixe sous l'angle du pubis en déprimant fortement les tissus, pendant que le vertex et l'occiput de l'enfant glissent dans la gouttière sacro-périnéale pour se dégager en avant de la commssiure postérieure de la vulve; la face s'abaisse alors et le menton se dégage.

Quelle est la conduite à tenir dans les cas semblables? Le docteur C. Belluzzi pense qu'il est utile d'intervenir de bonne heure. On devra s'efforcer de convertir la présentation du front en celle de la face dans la première période de l'accouchement, on recourir à la version si on ne réussit pas dans cette tentative. La tête plongeant dans l'excavation il convient de tenter encore de modifier la présentation en appliquant le forceps. Avec le forceps, on pourra quelquefois ramener le front en avant et si on n'y réussi pas, il sera bien de faire la craniotomie, l'expérience démontrant que l'enfant ne survit pas longtemps dans une pareille présentation, par suite de la grande extension du cou et de la forte compression du dos de l'enfant sur la region occipitale. (BULLET. DELLE SCIENZE MEDIC. DI BOLOGNA. Mai 1884.)

MARIUS REY.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Chirurgie.

PLAIES DU CŒUR.

L'auteur relate vingt nouvelles observations de plaies du cœur. Ces plaies ne sont en aucune façon, comme on le croit d'ordinaire, fatalement mortelles, telle est l'une des premières remarques que le professeur Rose tire de son travail.

Au point de vue diagnostique, rien n'est plus facile à reconnaitre que les plaies du cœur avec plaies du poumon gauche; il se développe alors une pneumopéricardite dont les signes sont caractéristiques.

Un second groupe est constitué par les plaies du cœur sans blessure du poumon, mais avec hémorrhagie considérable du dehors.

C'est avec la plus grande facilité, au contraire, qu'on méconnait ou néglige la troisième catégorie : les blessures du cœur à la suite de fractures de côtes, par exemple, les plaies du cœur produites par des instruments piquants. C'est dans les cas de ce genre qu'il faut examiner avec le plus grand soin et journellement l'état du cœur.

Le plus grand risque couru par le patient résulte de ce fait, à savoir que par suite de la petite dimension, voire même de l'absence complète d'une plaie extérieure, l'écoulement sanguin ne peut trouver issue au dehors. Le sac péricardique est rempli immédiatement et comprime le cœur à la manière d'un tampon; on bien encore, les phénomènes mécaniques de la circulation se trouvant singulièrement gênés, les malades succombent étouffés, avec des phénomènes cyaniques et syncopaux. Ces accidents de compression du cœur doivent être combattus par le repos absolu du patient dans le décubitus dorsal, l'application de la glace au niveau de la région précordiale, une diète sévère, etc. Si cette thérapeutique est insuffisante, la saignée constitue un bon moyen et en dernière analyse l'ouverture du péricarde doit être recommandée.

Il est cependant à remarquer que dans aucune de ses observations Rose n'a pratiqué la paracentèse. Il reconnait bien tous les avantages de cette opération qu'il met sur la même ligne que la trachéotomie, mais il la croit aussi très dangereuse; car, en vidant le péricarde des caillots et du sang qui le remplissent, on supprime la compression exercée de ce fait même au niveau de la plaie cardiaque et on court ainsi le risque de voir se produire une hémorrhagie considérable pouvant être immédiatement mortelle.

L'observation suivante donne bien l'idée de l'importance de la saignée dans les cas de ce genre. Un jeune médecin avait reçu un coup de poignard dans la région du cœur. Rose, appelé auprès de lui, le trouva haletant, en proie à une dyspnée telle qu'il lui était impossible de parler; le visage cyanosé, étendu sur un lit, et incapable d'exécuter le moindre mouvement, mais ayant conservé toute sa connaissance. A la partie supérieure de la région précordiale se trouvait une plaie large d'un travers de doigt environ, sans écoulement sanguin et sans souffle. Les battements du cœur étaient à peine perceptibles. Immédiatement Rose pratiqua une large saignée pendant laquelle le pouls se releva de la façon la plus évidente; plus le sang coulait et plus aussi le pouls remontait; toujours est-il qu'il croit avoir fait une saignée d'un kilogramme de sang au moins. Son malade était guéri cinq semaines après, et l'hémo-péricarde s'était vivement résorbé.

E. ROSE. *Herztamponade. Ein Beitrag zur Herzchirurgie.* DEUT. ZEITS. F. CHIR., 1884, vol. XX, fasc. 5.

KYSTE DE L'OVAIRE. — FISTULE VÉSICO-VAGINALE.

Une veuve de cinquante ans, octopare, qui n'était plus menstruée depuis sept ans environ, voyait depuis ce temps son ventre augmenter progressivement de volume. Il s'agissait d'un kyste de l'ovaire qui, au moment où cette femme fut examinée, remplissait toute la cavité abdominale. En pratiquant le toucher et en la débarrassant d'un pessaire de Schilling que la malade portait depuis longtemps à cause d'un prolapsus utérin. M. Desguin constata la présence d'une fistule vésico-vaginale semi-lunaire. Néanmoins il pratiqua l'ovariotomie, dont les suites furent du reste très heureuses, la malade n'ayant point eu de fièvre, et cautérisa le trajet. L'amélioration fut notable et la malade était en pleine voie de guérison au moment où l'auteur communiqua son observation à la Société de médecine d'Anvers.

L. DESGUIN. ANN. DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS, 1884, janvier.

LE DIAPHRAGME PELVIEN; SON RÔLE DANS LA PATHOGÉNIE DU PROLAPSUS UTÉRIN.

Hadra croit que l'opinion qui consiste à voir dans les lésions du périnée la cause des déplacements et en particulier du

prolapsus utérin est à l'heure actuelle complètement insoutenable. Bien souvent, en effet, le périnée est intact et l'utérus abaissé, comme il est habituel de voir le périnée déformé ne pas avoir la moindre influence sur la situation de l'utérus. Le diaphragme pelvien constitué par les muscles releveurs de l'anus est le véritable plancher du bassin, et c'est seulement lorsqu'il n'est plus intact que l'utérus peut se déplacer. L'auteur compare même la fente qui sépare les deux muscles releveurs et le rôle qu'elle joue par rapport à l'utérus, à l'anneau inguinal par rapport à l'intestin. Les piliers seraient représentés par les deux lèvres de la boutonnière. Au moment de l'accouchement, cette fente se trouve considérablement dilatée; d'autre part, elle n'est pas élastique comme le vagin, si bien que le diaphragme pelvien peut être blessé de trois façons différentes : il se trouve relâché, déchiré ou bien enfin disjoint par l'écartement des deux muscles releveurs. Cette disjonction des deux muscles se produirait même plus souvent que la rupture, ainsi que Schatz l'avait déjà remarqué.

B. E. Hadra (San-Antonio). *Verletzungen des Beckendiaphragma als die eigentliche Ursache der Senkung und des Vorfalles der Gebærmutter.* — Americ. Journ. of Obst., 1884. Avril, p. 365. Analysé dans Centralbl. für Gynæk., 1884, p. 536.

Traitement de la blennorrhagie.

Keyes rapporte 7 cas de blennorrhée soignés par lui avec des injections et des irrigations d'eau chaude (aussi chaude que possible) et sans succès. La prostatite et la cystite avec augmentation de l'écoulement furent les suites constantes et inattendues de ce mode de traitement.

Les crayons d'iodoforme que Keyes a employé dans nombre de cas ne déterminaient point, il est vrai, l'inflammation de la muqueuse uréthrale, mais n'avaient point d'autre part la moindre influence sur le processus gonorrhéique.

Les injections de sublimé au 1/3000 n'étaient supportées que par les vétérans à muqueuse uréthrale endurcie par de nombreuses gonorrhées et accoutumée à des traitements multiples. Au contraire, dans les blennorrhagies récentes, ce traitement était bientôt suivi de phénomènes inflammatoires qui durent le faire abandonner.

En résumé, le traitement abortif de la gonorrhée est encore à chercher.

E. L. Keyes. *Experiments with recently recommended remedies in gonorrhea.* Journ. of ven. and cut. diseases, vol. II, n° 3. Analysé dans Centralbl. für Chir., 1884, p. 620.

Ostéotomie pour cal vicieux.

Un homme de 20 ans, à la suite d'une fracture consolidée d'une façon vicieuse, avait un fémur angulaire à sinus de 135°, avec 12 centimètres de raccourcissement et rotation en dedans du fragment inférieur.

L'ostéotomie fut pratiquée au point le plus saillant du cal avec toutes les précautions antiseptiques. Quatorze jours après, application d'un appareil à extension. Huit semaines après, le raccourcissement n'était plus que de 3 centimètres, et le malade marchait en s'appuyant sur une canne.

Lumpiczer (Buda-Pest). *Osteotomie nach schlecht geheilter Fraktur des Femur.* Analysé dans Centralbl. für Chir., 1884, p. 592.

P. Berthod.

REVUE DES THÈSES

Contribution a l'étude du développement du foie, par le docteur J.-L. Vaugthier. Th. de Paris, 1884. — A. Derenne.

Depuis quelques années, les recherches embryogéniques préoccupent de jour en jour davantage les anatomistes, et l'étude du développement et des organes de l'embryon a fourni à la médecine des notions du plus haut intérêt.

Parmi les organes de l'embryon, le foie est un des plus importants. C'est à l'étude de son développement que l'auteur, ancien préparateur du professeur Dareste à l'Ecole des hautes-études, consacre sa thèse inaugurale.

Il nous montre le foie, constitué par un bourgeonnement du feuillet intestinal de l'embryon, s'accroissant comme les épithéliums par un travail de segmentation interncléaire qui commence à la fin de la troisième semaine, débute par la partie centrale de l'organe et s'étend rapidement jusqu'à la périphérie, irrégulièrement cependant, car les segments antérieur et supérieur du foie présentent ce travail de segmentation à un bien plus haut degré que les segments postérieur et inférieur du même organe. La matière glycogène, qui se rencontre de très bonne heure dans *tous les tissus de l'embryon*, ne se localise dans le foie que plusieurs semaines après la naissance.

En terminant, faisons remarquer que ces conclusions de l'auteur sont la suite d'une série de recherches de laboratoire faites sur des embryons de mouton. Toutefois les mêmes faits, au moins à une période de la vie embryonnaire, semblent se montrer de la même façon chez l'homme.

Des fractures chez les syphilitiques, par le docteur Th. Gellé. Th. de Paris, 1884. — A. Delahaye et E. Lecrosnier.

La syphilis osseuse, qui a déjà inspiré plusieurs thèses cette année, vient encore de donner lieu à un excellent travail du docteur Gellé sur les fractures chez les syphilitiques.

Il étudie successivement l'influence sur les fractures de la syphilis héréditaire et de la syphilis acquise.

La syphilis *héréditaire du nouveau-né* s'accompagne de décollements épiphysaires ou de fractures siégeant au niveau de la diaphyse ou de l'épiphyse osseuse, lésions qui donnent lieu à des pseudo-paralysies. Ici, le traitement spécifique paraît avoir une certaine influence.

Il n'en est pas de même chez les *enfants plus âgés*, où la fracture évolue de la même façon avec ou sans l'aide d'un traitement spécifique et malgré la concomitance de lésions syphilitiques très nettes (gommes).

La syphilis *acquise*, d'ordinaire à la troisième période, prédispose aux fractures soit en altérant d'une façon générale l'architecture du tissu osseux, soit plus rarement en déterminant en certains points des foyers de moindre résistance.

La consolidation est retardée, une pseudarthrose peut s'ensuivre, malgré le traitement spécifique indiqué dans le cas présent.

La cicatrice d'une fracture compliquée peut ultérieurement s'ulcérer.

Parfois enfin le cal syphilitique reste un lieu de moindre résistance.

En terminant et de l'analyse de toutes ses observations, l'auteur conclut en reconnaissant à la syphilis une action très nette sur la production et l'évolution des fractures ; il faudra y songer lorsqu'on se trouvera en présence d'une solution de continuité de l'os produite par un traumatisme insignifiant; on est autorisé à croire que la réparation se fera mal ou ne se fera pas et à diriger le traitement en conséquence.

Paul Berthod.

BULLETIN

Des méthodes de recherches en épidémiologie.

L'épidémie actuelle de choléra a fait éclore, comme cela arrive toujours en pareille circonstance, quantité de travaux, de mémoires, de brochures, de publications de toutes sortes. Ce qui frappe tout d'abord, au milieu de ces innombrables documents, c'est la divergence et souvent la contradiction des résultats constatés aussi bien sur le terrain expérimental que sur celui de l'observation pure.

Voilà, par exemple, le bacille en virgule de M. Koch, sur lequel nos médecins français ont dès le début fait de sages réserves, battu en brèche en Allemagne même. On a vu dans le dernier numéro du Compte rendu général l'intéressante communication de MM. Finkler et Prior au Congrès de médecins et naturalistes allemands, d'après laquelle ce bacille se rencontre aussi bien, avec tous ses caractères et ses propriétés de culture, dans le choléra sporadique que dans le choléra asiatique; il ne saurait donc plus représenter l'agent spécifique de ce dernier.

Un médecin anglais, M. T. Lewis, va plus loin et, d'après lui, le bacille en virgule ne serait pas plus caractéristique du choléra nostras que du choléra asiatique, car il se rencontre normalement dans la salive de personnes saines.

Les résultats des expériences ayant pour but de transmettre le choléra aux animaux ne sont pas moins contradictoires. Tandis que la mission française d'Egypte et la mission allemande, tant en Egypte que dans l'Inde, n'ont pu vaincre les difficultés de cette transmission, la commission de la Société nationale de médecine de Marseille semblerait avoir été plus heureuse en injectant dans le veines d'animaux du sang pris sur des cadavres de cholériques morts au début de la période algide; et, d'autre part, d'après les médecins belges, ainsi qu'il ressort d'une discussion qui a eu lieu dans la dernière séance de l'Académie royale de médecine de Belgique, la transmission du choléra au chien, par la simple ingestion stomacale de matières prises dans l'intestin de cadavres cholériques, serait chose facile et en quelque sorte courante.

Si nous nous transportons dans le champ de l'observation pure, que nous voulons aujourd'hui plus spécialement envisager, les divergences, il va sans dire, ne sont pas moins accusées. Sans parler de la lutte toujours ouverte et toujours vive entre les partisans des deux grandes doctrines de l'importation ou de la genèse du choléra asiatique dans nos climats, on peut dire que toutes les questions relatives au mode de transmission ou de propagation de la maladie, aux conditions climatériques, topographiques et autres qui favorisent ou restreignent son extension, aux agents qui servent de véhicule à ses germes, etc., etc., rencontrent presque autant d'opinions que d'observateurs. Aussi, bien loin d'être élucidées par toutes les recherches et les documents nouveaux, les obscurités qui règnent sur le choléra semblent être devenues encore plus profondes.

Un pareil résultat, si l'on se reporte à la valeur scientifique de bon nombre d'observateurs, nous paraît tenir pour beaucoup au côté défectueux des méthodes suivies dans les recherches. Souvent, trop souvent même, on part d'une idée préconçue et on en recherche la vérification dans l'étude des faits; on arrive ainsi presque fatalement, et de très bonne foi, sinon à une constatation fausse, du moins à une interprétation erronée.

Ailleurs on n'a pas de parti pris; mais on est frappé d'un fait, d'une circonstance particulière, et, sous cette impression, on néglige, dans l'étude à laquelle on se livre, d'autres faits et d'autres circonstances qui n'ont pas moins d'influence sur le résultat général.

Ces vices de méthode sont extrêmement fréquents. Ils engendrent nécessairement des convictions mal fondées et conduisent à des erreurs. En tout cas, les résultats auxquels on arrive ainsi de part et d'autre ne sauraient être comparables et par suite s'éclairer réciproquement; de là la stérilité de tant d'efforts.

L'épidémie actuelle prête plus qu'aucune autre en France à une enquête générale, car elle a surtout frappé les petites localités; mais cette enquête ne sera féconde que si la commission nommée à cet effet institue dès le principe une méthode ou un programme de recherches auquel devra se conformer chacun des observateurs dont on demandera ou dont on acceptera la collaboration. Toute idée doctrinale doit être exclue de la conception de ce programme, car il s'agit avant tout de constater, de contrôler, de réunir des faits; de leur étude et de leur comparaison ressortira plus tard la justification ou la condamnation de telle ou telle théorie, de telle ou telle doctrine.

Le programme devra embrasser au même titre, et sans opinion préconçue, l'étude de toutes les conditions générales et locales propres à éclairer sur l'origine et la marche de l'épidémie. A ce point de vue, les cartes topographiques, comme celles que M. Marey a montrées mardi dernier, à l'appui de sa communication, à l'Académie de médecine, doivent être recommandées. Que l'on suppose, par exemple : 1o une de ces cartes indiquant les cours d'eau, la canalisation souterraine, les étangs, les sources, les puits, les divers accidents de terrain, les voies de communication, etc.; 2o une autre carte indiquant dans les localités les maisons, les rues, les quartiers les plus spécialement frappés; 3o une carte météorologique des variations atmosphériques durant l'épidémie; 4o la statistique quotidienne des cas nouveaux et des décès; 5o, etc., etc. De la superposition de ces cartes, de la comparaison de ces divers documents, sortiront des enseignements d'autant plus sûrs qu'ils se dégageront d'eux-mêmes, pour ainsi dire mathématiquement, et à l'abri de toute influence doctrinale.

Nous nous bornons à ces réflexions et à ces indications générales. Nous ne doutons pas que la Commission d'enquête ne se soit rendu un compte parfaitement exact de son mandat et n'en poursuive l'exécution de la manière la plus profitable à la science et à l'humanité.

Dr F. de Ranse.

NOTES & INFORMATIONS

Choléra

Marseille. — Quelques cas isolés et de rares décès. Le maire a décidé la suppression de l'affichage.

— Toulon. — Départements. — L'épidémie a disparu de Toulon et tend aussi à disparaître des départements envahis.

— Algérie. — Nous disions dans l'avant-dernier numéro que

le choléra était signalé à Alger. Un télégramme nous a été adressé par un de nos lecteurs de cette ville pour contredire cette nouvelle, mais il nous est arrivé trop tard pour que la rectification ait pu paraître dans le numéro de samedi dernier. Nous nous plaisons donc à annoncer que la ville d'Alger est jusqu'à présent indemne de l'épidémie.

Par contre, dans la journée du 9 au 10 octobre, on a relevé à Oran 12 décès cholériques et 5 cas nouveaux. Depuis lors, la moyenne quotidienne a été de 6 décès et de 3 cas nouveaux. D'après les journaux de la localité, le développement de l'épidémie serait dû en grande partie à la misère et aux habitudes anti-hygiéniques d'une population d'Espagnols et de Marocains qui ne s'élève pas à moins de dix mille personnes.

Au lazaret de Bône, la situation est excellente ; la plupart des quarantenaires ont été libérés de leur quarantaine.

Aucun nouveau décès n'a été enregistré dans les lazarets de Philippeville.

— Voici le résumé du tableau hebdomadaire des décès cholériques survenus en France du 4 au 10 octobre inclusivement, et publié par le JOURNAL OFFICIEL :

EN FRANCE

Nombre de communes atteintes.

Du 27 septembre au 3 octobre		47	Diminution, 14
Du 4 au 10 octobre...	Déjà atteintes. 23 / Nouvellement atteintes... 10	33	

Nombre de décès signalés.

Du 27 septembre au 3 octobre	144	Diminution, 58
Du 4 au 10 octobre	86	

EN ALGÉRIE

Du 4 au 10 octobre : 49 décès. — Semaine précédente... 55

Les départements où se trouvent les communes atteintes sont au nombre de 13; ce sont l'Ardèche, l'Aude, les Bouches-du-Rhône, le Gard, la Haute-Garonne, l'Hérault, les Hautes-Pyrénées, les Pyrénées-Orientales, la Seine, le Tarn et le Var, pour la France; Constantine et Oran pour l'Algérie.

La Seine figure dans le relevé pour 7 décès, dont 1 à Paris, Saint-Denis, Saint-Ouen et Pantin, et 3 à Aubervilliers.

— ITALIE. — L'épidémie a à peu près disparu de la Spezzia. Les chiffres des décès et des cas nouveaux ont été les suivants pour les deux autres foyers :

Dates.	Cas de choléra		Décès	
—	Naples	Gênes	Naples	Gênes
9 octobre	41	10	18	13
10 —	114	0	47	0
11 —	122	8	70	10
12 —	93	3	58	4
13 —	94	8	54	2
14 —	95	2	47	0
15 —	81	5	35	0

La recrudescence de l'épidémie à Naples serait due, d'après une version locale, à l'abus du vin nouveau.

— ESPAGNE. — D'après la GAZETTE OFFICIELLE, qui a cessé de publier un bulletin sanitaire quotidien, le choléra aurait disparu de la province d'Alicante. Selon un autre journal, quelques cas nouveaux auraient été constatés à Barcelone. Le gouvernement espagnol n'en songe pas moins à supprimer les quarantaines et les cordons sanitaires.

— CONSTANTINOPLE. — CONSEIL INTERNATIONAL DE SANTÉ. — On se rappelle que le grand-vizir, pour renforcer l'action des médecins ottomans, qui n'étaient qu'au nombre de sept contre treize délégués des puissances, a fait nommer sept nouveaux membres ottomans, tous médecins militaires. Par esprit de conciliation, le Conseil avait consenti à entendre les adjoints dans une réunion spéciale, au sujet des quarantaines actuelles, mais non dans les réunions réglementaires et hebdomadaires. Tout avait été arrangé ainsi avec le président du Conseil. Une première réunion spéciale avait eu lieu et une seconde convenue à court délai, quand, un jour de réunion réglementaire, les délégués des puissances furent prévenus que les sept nouveaux membres assisteraient à la réunion. De nouvelles démarches étant restées sans effet, la séance a eu lieu seulement en présence des quatorze délégués ottomans et de M. Dickson, délégué anglais, mais en protestant, par ordre de son gouvernement, contre le droit de vote des nouveaux élus. Les autres délégués se sont abstenus.

Le Conseil, exclusivement composé de membres ottomans, a décidé d'augmenter le nombre des jours de quarantaine à subir à l'arrivée dans les ports de l'empire. Ses décisions ont été notifiées télégraphiquement à tous les officiers sanitaires turcs.

Cependant le gouvernement ottoman vient de prendre une attitude un peu différente. Le vice-président du Conseil a adressé aux délégués une nouvelle circulaire, expliquant que les membres honoraires ne pouvaient intervenir que dans les cas où une question scientifique devrait être discutée. Cette tentative de conciliation n'a pas abouti. Les délégués d'Allemagne, d'Autriche, de France, de Russie et même d'Angleterre ont déclaré qu'ils refusaient toute espèce de vote aux membres honoraires.

— RECHERCHES SUR LE CHOLÉRA. — On apprend de Calcutta que le gouvernement des Indes a envoyé à Bombay une commission médicale pour faire de nouvelles études sur le choléra. L'un des membres de cette mission, le docteur Klein, adversaire convaincu des théories du docteur Koch, aurait fait sur lui-même une expérience pour démontrer la fausseté de ces théories. Il aurait avalé une certaine quantité de bacilles et n'en aurait jusqu'ici rien ressenti.

— D'un autre côté, le gouvernement français a chargé M. J. Aronssohn, professeur de chimie organique, d'une mission scientifique en Italie, à l'effet d'y étudier le choléra au point de vue étiologique, en même temps qu'au point de vue de la thérapeutique appliquée.

* * *

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS. — L'Association générale des étudiants de Paris, qui s'est fondée cette année avec l'approbation de M. le ministre de l'instruction publique et de MM. les doyens des Facultés de Paris, vient d'établir son siége social, 41, rue des Écoles.

Nous rappelons, par un extrait des statuts, que le but de cette Société est de resserrer les liens de solidarité et d'établir un centre de relations amicales entre tous ses membres. Elle réunit les étudiants dans l'intérêt de leurs études et pour la recherche des moyens de les perfectionner. Elle leur permet de s'entr'aider dans les difficultés matérielles de la vie.

— Le gouvernement a décidé de faire ramener à Paris les cendres de Thuillier. Un des membres de la famille du jeune et regretté savant arrivera le 15 à Alexandrie, accompagné du docteur Chaumery, pour procéder à l'exhumation. Les restes de Thuillier seront transportés à Paris par les soins de son parent et du docteur Piot (du Caire).

— LAÏCISATION. — L'hospice d'aliénés de Ville-Evrard sera laïcisé à partir du 1er janvier 1885.

— ATTENTAT A LA PROPRIÉTÉ SCIENTIFIQUE. — Le docteur Encinas, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Madrid,

a traduit et publié comme étant son œuvre personnelle un livre dû au professeur Schützenberger (de Strasbourg). Ce qui rend plus singulier encore un acte aussi blâmable à tous égards, c'est que le livre du savant professeur de clinique médicale de la Faculté de Strasbourg résumait un enseignement de plus de trente années (1834 à 1870), c'est qu'il avait été dédié à ses anciens élèves, c'est qu'il se vendait au profit de l'Association de prévoyance des médecins du Bas-Rhin. De plus, le livre du professeur Schützenberger traitait une série de questions de philosophie et de critique médicale qui paraissaient n'avoir rien à voir avec l'enseignement de la chirurgie. Et cependant le docteur Encinas s'est tout approprié : méthode et doctrines, professions de foi, citations, etc. Un tel plagiat mérite d'être signalé à l'indignation du monde savant.

— Des troubles ayant eu lieu dernièrement à l'université de Kiew (Russie), les cours ont été suspendus par ordre du gouvernement et les étudiants renvoyés, avec défense aux autres universités russes de les admettre. L'université de Kiew sera rouverte le 1er janvier prochain aux étudiants qui seront porteurs d'un certificat d'admission aux cours, délivré par une commission universitaire nommée à cet effet.

— D'après une ordonnance du directeur de la police de Berlin, les médecins de cette ville sont astreints, depuis le 2 octobre, à aviser immédiatement et par écrit la commission sanitaire royale de tous les cas de diphthérie qu'ils sont appelés à soigner.

— Les épidémies en général et celle du *Choléra* en particulier nous permettent d'insister auprès de nos lecteurs pour qu'ils préconisent le Vinaigre de Pennès, dont la propriété éminemment désinfectante a été constatée par 48 chefs de service dans les hôpitaux et qui ne saurait être confondu, surtout au point de vue de l'*assainissement atmosphérique*, avec tant d'autres produits déjà connus. Il se volatilise facilement et se mêle en toute proportion à l'air respiré dans le milieu habité par les malades ou bien encombre par un grand nombre de personnes, et cela sans avoir à redouter le moindre inconvénient. Il n'est pas inutile d'ajouter que son odeur est des plus agréables et que l'*acide salicylique*, qui en fait la base, se trouve en partie vaporisé, en raison de son contact immédiat avec l'acide acétique concentré.

R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie. — M. le docteur Cazalas, ancien membre du Conseil de santé des armées, ancien sénateur des Hautes-Pyrénées, vient de succomber presque subitement à Bagnères-de-Bigorre.

— Nous apprenons également la mort de M. le docteur Huard (de Brest), chevalier de la Légion d'honneur ; — de M. le docteur Froc, de Sermaises (Loiret) ; — de M. le docteur Caccialupi, assistant du professeur Baccelli, mort du choléra à Treviglio (Italie) ; de M. le professeur Louis Somma (de Naples), directeur du Archivio di Pathologia infantile, revue trimestrielle, mort du choléra.

***

Concours. — Le jury du concours pour une place de médecin-adjoint des asiles d'aliénés se compose de MM. Baillarger, Espiau de Lamaëstre, Charpentier, Voisin, Guyot, Moutard-Martin (Robert) et Proust.

Les candidats sont au nombre de quatre. Ce sont : MM. Féré, Respant, Saury et Vallon.

Faculté de médecine de Nancy. — *Concours pour la place de chef des travaux anatomiques.* — Un concours pour cet emploi s'ouvrira le 19 janvier 1885 à Nancy. Les épreuves sont celles fixées par l'article 51 du règlement du 11 juillet 1842.

***

Hospice de Bicêtre. — Par arrêté ministériel en date du 23 septembre 1884, M. le docteur Charpentier, médecin-adjoint du service des aliénés à l'hospice de la Salpêtrière, est nommé médecin du service du quartier d'aliénés à l'hospice de Bicêtre, en remplacement de M. Falret.

***

Assistance publique. — Le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique a l'honneur d'informer MM. les médecins du VIIe arrondissement que, le jeudi 30 octobre 1884, il sera procédé dans une des salles de la mairie à l'élection d'un médecin.

Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

***

Corps de santé militaire. — Par décrets en date du 8 octobre 1884, ont été promus ou nommés dans le cadre des médecins et pharmaciens de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de deuxième classe : MM. Segond, agrégé à Paris ; Carrieu, Roustan, Serre et Chalot, agrégés à Montpellier.

Au grade de médecin aide-major de première classe : MM. les aides-majors de deuxième classe Jaurès, Roger, Belugou, Turrel, Massine, Mary, Lapeyre, Donadieu de Lavit, Verdier, Descouts, Giral, Poussié, Fualdès, Augé, Besson, Septours, Vigouroux, Salès, Casanova, Simacourbe, Rouquette, Vals, Alquier, Gavaudan, Blancard, Carrère, David, Mouly, Castelbou, Bonnes, Audouard, Guibal, Bourrillon, Régy, Dabadie, Curvalle, Audouin, Conte, Lafitte, Besaucèle, Sainte-Colombe, Guilhem, de Nucé de Lamothe, Farges, Garipuy, Descomps, Dubosq, Montano, Miran, Roumaingas, Caillau, Routin, Maurel, Peyraga, Gailhard-Crabère, Guionnet, Mendousse, Ollé et Buscail.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe : MM. les pharmaciens aides-majors de deuxième classe Camboulives, Salva, Boyer, Barthés, Bounel, Gély, Jourdan, Poujol, Montagne, Petitot et Ricau.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe : MM. les docteurs en médecine Loupie, Ozenne, Castex, Gouëry, Catuffe, Mathouillet, Davy, Le Brigant, Dauchez, Gueneau, Gargam, Bernède, Hourlier, Caron et Loupiac.

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe : MM. les pharmaciens diplômés de première classe Guéridaud, Michaud, Gonnard, Merlhe, Merklen, Bovet, Gérard, Garnaud et Body.

***

Cours d'accouchements de MM. Bar et Auvard. — M. Auvard commencera le cours le lundi 3 novembre. Les leçons auront lieu tous les jours à quatre heures et demie, 5, rue du Pont-de-Lodi.

Pour les renseignements et pour se faire inscrire, s'adresser à M. le docteur Auvard, les lundis, mercredis et vendredis, de 1 à 3 heures, 21, rue de Lille.

***

Cours public et gratuit. — *Maladies de l'appareil urinaire.* — Le docteur H. Picard a commencé ce cours le vendredi 17 octobre, à cinq heures, 13, rue Suger, et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Thèses de doctorat soutenues pendant l'année scolaire 1884.

131. M. Vaudein. De la fièvre bilieuse mélanurique observée à Mayotte. — 132. M. Dorey. Notion commune à l'étude de l'étiologie du goître et de la fièvre typhoïde. — 133. M. Campart. De l'épisclérïtis. — 134. M. Herland. Des corps mobiles articulaires et de leur traitement. — 135. M. Grégoire. Contribution à l'étude de la trachéotomie chez les tuberculeux. — 136. M. Lemarchand. Quelques considérations sur l'étiologie et les affinités nosologiques du scorbut. — 137. M. de Andrade Fialho. Des manifestations rhumatoïdes de la dysentérie. — 138. M. Hervé. De la chorée pendant la grossesse. — 139. M. Guimbail. De la folie à ménopause. — 140. M. Renard. Quelques considérations sur le traitement de l'hydrocèle simple. — 141. M. Riberolles. Contribution à l'étude des phénomènes nerveux de la fièvre typhoïde. — 142. M. Favrei. De la lymphangite dans les maladies de la peau. — 143. M. Chambert. — Matériaux pour servir à l'histoire des éclampsies puerpérales. — 144. M. Bastaki. Du bichlorure et du bi-iodure de mercure en obstétrique. — 145. M. Beuve. Le sublimé en obstétrique (cinq mois d'observation à la clinique d'accouchement). — 146. M. Bordéremy. Des rémissions dans l'ataxie locomotrice. — 147. M. Rosenblith. Etude sur quatre cas de cirrhose hypertrophique graisseuse. — 148. M. Thomas. Contribution à l'étude du traitement de la teigne tondante. — 149. M. Tétard. Hématome du pavillon de l'oreille. — 150. M. Jaladon. Alcoolisme et cirrhose (rapports et étiologie). — 151. M. Faille. Contribution à l'étude d'une complication rare du kyste hydatique du foie. — 152. M. Jaulin. Du traitement des néphrites par la digitale. — 153. M. Thibierge. Contribution à l'étude de l'obstruction intestinale sans obstacle mécanique. — 154. M. Doit. De la blennorrhée traitée par les eaux sulfureuses de Bagnères-de-Luchon. — 155. M. Gentilhomme. Contribution à l'histoire des simulations dans le service militaire. — 156. M. Bouchut. Etude d'ophtalmoscopie dans la méningite. — 157. M. Moulinet. Des rapports entre la vaccine et certaines maladies de peau (influence réciproque). — 158. M. Charles (Georges). Des pulvérisations antiseptiques prolongées dans le traitement de quelques affections chirurgicales. — 159. M. Folliot. Contribution à l'étude des périostites gommeuses de l'omoplate. — 160 M. Lallot. Le typhus ou peste d'Athènes. — 161. M. Patino Luna. Etude sur les formes cliniques du cancer rénal. — 162. M. Sagrandi. Contribution à l'étude de l'asthme permanent. — 163. Mlle Coutzaride. De l'hydrorrhée et de sa valeur séméiologique dans le cancer de l'utérus. — 164. M. Bourrel. Contribution à l'étude de la syphilis hépatique. — 165. M. Faure. De l'épithélioma du plancher de la bouche. — 166. M. Bellangé. Etude sur la cirrhose graisseuse. — 167. M. Tétard. De l'hématome du pavillon de l'oreille. — 168. M. Mercier. De l'étiologie du scorbut dans les prisons. — 169. M. Boissard. De la forme de l'excavation pelvienne considérée au point de vue obstétrical. — 170. M. Sourice. Etude sur quelques cas de malformations utérines considérées surtout au point de vue de la grossesse et de l'accouchement. — 171. M. Lambert. Etude sur un nouveau procédé de chloroformisation par les solutions titrées. — 172. M. Humbert. De l'alimentation artificielle. — 173. M. Houel. Contribution à l'étude de la congestion pulmonaire compliquant les traumatismes cérébraux. 174. M. Humbert. De l'alimentation artificielle. — 175. M. Houel. Contribution à l'étude de la congestion pulmonaire compliquant les traumatismes cérébraux. — 176. M. Motel. Etude sur un cas de mort subite par embolie pulmonaire. — 177. M. Verchère. Des portes d'entrée de la tuberculose. — 178 M. Hernandez. Hémorrhagies successives. Hémophilie. — 179. M. Bonnet. Du sublimé en obstétrique et en particulier dans la putréfaction fœtale. — 180. M. Valette. Application de la loi Roussel dans le Calvados. Ses résultats. — 181. M. Testelin. Des œdèmes dans la diathèse arthritique. — 182. M. Benoît. Des formes cliniques de la fièvre intermittente chez les enfants. — 183. M. Bonchet. De la folliculite blennhorrhagique chez la femme et de son traitement. — 184. M. Condray. Conditions de l'intervention chirurgicale dans les localisations externes de la tuberculose. — 185. M. Portafax. Quelques considérations sur la dissolution de la pierre dans la vessie. — 186. M. Flous. De l'ulcération des artères due au contact du pus. — 187. M. Castrosoffia. Recherches expérimentales sur la recherche de la tuberculose des os. — 188. M. Colaneri. Des secousses musculaires. Etude critique et séméiologique. — 189. M. Turgis. Contribution à l'étude de l'ostéo-périostite consécutive à la fièvre typhoïde. — 190. M. Maireau. Syphilis et prostituées et principalement contribution à l'étude de la syphilide pigmentaire. — 191. M. Trichet. Des affections de la muqueuse buccale dans leurs rapports avec l'état des dents. 192. M. Jacquelot. Contribution à l'étude des déchirures du col de l'utérus. — 193. M. Guy. Recherches sur les propriétés thérapeutiques, chimiques et physiologiques de l'Hamamelis virginica. — 194. M. Guinard. Du meilleur mode de traitement de la pleurésie purulente. — 195. M. Dérobert. Traitement topique du psoriasis par l'acide chrysophanique. — 196. M. Beauvois. Du ptosis et en particulier de son traitement chirurgical par la méthode de suppléance du muscle releveur de la paupière supérieure par le frontal. — 197. M. Thiroux. Contribution à la thérapeutique du goître par l'iodoforme. — 198. M. Mongird. Du carcinome du péritoine. — 199. M. Bæna. Des kystes séreux congénitaux du cou. — 200. M. Burucua. Du rhumatisme oculaire et de quelques manifestations peu communes. — 201. M. Husson. Contribution à l'étude des relations des péritonites avec les cirrhoses atrophique, hypertrophique, graisseuse. — 202. M. Saile. Essai sur quelques altérations des vaisseaux lymphatiques dans le cours de la syphilis (lymphopathies syphilitiques). — 203. M. Chatelet. Etude sur la température locale du sein après l'accouchement. — 204. M. Arami. De l'extension continue avec demi-flexion dans le traitement des fractures du corps du fémur. — 205. M. Burrion. Contribution à l'étude de l'hémoglobinurie essentiellement paroxystique. — 206. M. Luria. Des injections de nitrate d'argent dans la sciatique. — 207. M. Chotier. De l'arthrite blennorrbagique. — 208. M. Guérin. Du zona ophtalmique. — 209. M. Bourgade de la Dardye. De la typhlite rhumatismale. — 210. M. Laprevoté. Des accidents tétaniformes dans la dilatation stomacale.

Décès notifiés au bureau municipal de statistique de la ville de Paris du vendredi 3 au jeudi 9 octobre 1884.

Fièvre typhoïde 19. — Variole 2. — Rougeole 14. — Scarlatine 3. — Coqueluche 7. — Dipthérie, croup 20. — Dysentérie 0. — Erysipèle 2. — Infections puerpérales 5. — Autres affections épidémiques 1. — Méningite (tubercul. et aiguë) 31. — Phthisie pulmonaire 165. — Autres tuberculoses 15. — Autres affections générales 50. — Malformation et débilité des âges extrêmes 35. — Bronchite aiguë 16. — Pneumonie 43. — Athrepsie gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 58, — au sein et mixte 28. — Inconnu 9. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 84. — de l'appareil circulatoire 75. — de l'appareil respiratoire 50. — de l'appareil digestif 53. — de l'appareil génito-urinaire 26. — de la peau et du tissu lamineux 2. — des os, articulations et muscles 6. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 1. — infectieuses 2. — Epuisement 0. — Causes non définies 2. — Morts violentes 32. — Causes non classées 0. — Total de la semaine : 852 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Recherches sur l'élimination de l'acide phosphorique chez l'homme sain, l'aliéné, l'épileptique et l'hystérique, par le docteur A. Mairet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. 1 vol. in-4 avec

tableaux et planches. — Prix : 5 fr. — G. Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

ÉTUDE SUR LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE DE L'ADULTE, les formes anormales en particulier, par André Chantemesse. Un vol. in-8 de 184 pages avec une planche hors texte. — Prix : 3 fr. 50. — LE PROGRÈS MÉDICAL, 14, rue des Carmes, Paris.

L'ORGANISATION A PARIS D'AMBULANCES URBAINES ANALOGUES A CELLES DES GRANDES VILLES D'AMÉRIQUE. PREMIERS SECOURS AUX MALADES ET BLESSÉS, par M. le docteur Henri Nachtel, avec une lettre de M. Victor Hugo. Brochure in-8, — Prix : 75 centimes. — Paris, G. Masson, 120, boulevard Saint-Germain.

RAPPORT DU BUREAU D'HYGIÈNE DE LA VILLE DE REIMS POUR L'ANNÉE 1883, par le docteur Langlet, directeur du Bureau d'hygiène. — Ce rapport contient de nombreux documents, montrant sous tous ses aspects la vie et le mouvement d'une ville de 100,000 habitants. — Mouvement de la population. — Analyse des causes de décès. — Recherche de tous les éléments qui peuvent influencer l'hygiène publique. — Consommation d'eau, alimentation publique, etc. Il se termine par des études faites dans le laboratoire municipal d'analyses dépendant du Bureau d'hygiène. — Un volume de 120 pages, avec 9 planches lithographiées et 10 figures dans le texte. — Prix : 3 fr. — Franco poste : 3 fr. 50. — Reims, Matot-Braine, imprimeur-libreur-éditeur.

M. Préterre vient de présenter à l'Institut et à l'Académie de médecine la huitième édition considérablement augmentée de son travail sur le PROTOXYDE D'AZOTE. Cet ouvrage contient un exposé complet de toutes les méthodes d'anesthésie étudiées jusqu'à ce jour et le récit des expériences entreprises récemment pour démontrer la supériorité du protoxyde d'azote sur tous les moyens connus de supprimer la douleur.

ETUDE COMPARÉE SUR LE LAIT DE FEMME, DE L'ANESSE, DE LA VACHE ET DE LA CHÈVRE, suivie de tableaux d'analyse, par Henri Féry, chef des travaux chimiques du laboratoire de la clinique des maladies des enfants. In-8 de 44 pages. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, 1884. librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

TRAITEMENT DU CHOLÉRA PAR LA PILOCARPINE, par Eugène Alliot, médecin à Neung-sur-Beuvron. Paris, 1884, in-18 de 48 pages. — Prix : 1 fr. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

GUIDE DE THÉRAPEUTIQUE AUX EAUX MINÉRALES ET AUX BAINS DE MER, par le docteur Ch. Campardon avec une préface du docteur Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine, etc. 1 vol. in-18 cartonné diamant. — Prix : 5 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

GARE A VOS YEUX ! ! sages conseils donnés par un myope à ses confrères, par Francisque Sarcey, 1 vol. in-18 carré sur papier teinté. — Prix : 2 fr. — Paris, librairie Paul Ollendorff, 28 bis, rue de Richelieu.

TRAITÉ CLINIQUE DES MALADIES DE L'ENFANCE, par le docteur Cadet de Gassicourt; médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie. Tome III et dernier : Diphthérie, affections cérébrales. 1 vol. gr. in-8 de 600 pages avec 40 tracés. — Prix : 12 fr. L'ouvrage est maintenant terminé. Prix des 3 vol. : 36 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

LEÇONS CLINIQUES SUR LA DIPSOMANIE, faites à l'asile Sainte-Anne, par M. V. Magnan, recueillies et publiées par le docteur Marcel Briand. Brochure in-8 de 151 pages. — Prix : 2 fr. — LE PROGRÈS MÉDICAL, 14, rue des Carmes, Paris.

LE CHOLÉRA, par Paul Bert, député, professeur à la Sorbonne, membre de l'Institut. Un volume in-18 carré sur papier teinté. — Prix : 2 fr. — Paris, librairie Paul Ollendorff, 28 bis, rue de Richelieu.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.



55e année. 7e série. Tome Ier. N° 43 25 OCTOBRE 1884

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 23 octobre 1884.

L'INTERNAT DES FEMMES (1).

Le Progrès est une si belle chose, que l'apparence même en est séduisante. Combattre une innovation qui se présente au nom de la liberté, de l'égalité et de la logique, est, certes, une tâche ingrate en tout pays, mais particulièrement en France. C'est aussi en France surtout qu'il est pénible de paraître manquer à la courtoisie traditionnelle, à se poser en adversaire de femmes. Qu'est-ce donc lorsque ces femmes, jeunes, laborieuses, pleines de l'ardeur la plus louable, et on pourrait même ajouter la plus touchante, semblent ne revendiquer que le droit de poursuivre une carrière où on les a déjà laissées s'engager, la possibilité de consacrer quelques-unes des plus belles années de leur vie aux malades de nos hôpitaux ?

Il ne faut donc pas s'étonner que l'opposition se trouve si désarmée en face de pareils champions. Quoi qu'on en dise, la résistance est remarquablement faible et hors de proportion avec l'énergie de l'attaque. De nombreux médecins et chirurgiens des hôpitaux ont signé la pétition colportée par ces quêteuses d'un nouveau genre ; d'autres assurément la signeront encore, le *regret dans l'âme*, peut-être, mais enfin la signeront. A côté de ceux qui obéiront ainsi à une conviction raisonnée, beaucoup sans doute ne verront dans leur acquiescement qu'un simple acte de politesse ; quelques-uns enfin, qu'une formalité sans conséquences, laissant intacte la liberté de l'administration de l'Assistance publique, dont le refus est désiré tout bas.

Cependant, tous ne signeront point.

Qu'il soit permis à l'un de ces réfractaires de dire brièvement pourquoi il a cru devoir ainsi braver les reproches écrasants de routine et de réaction.

I

Il est indispensable tout d'abord de bien *poser la question*, et de se rendre un compte exact de ce que demandent les futures *femmes internes*. Le mieux pour cela est de préciser ce qu'est l'internat des hôpitaux de Paris.

Il y a dans l'internat deux choses : un *titre* et une *fonction*, ou, pour parler plus exactement, un *titre* conquis par le concours, permettant d'obtenir une *fonction* de l'Assistance publique. On pourrait rapprocher cette distinction de celle du *grade* et de l'*emploi* pour les officiers.

A vrai dire — et c'est là précisément ce qui crée surtout la difficulté actuelle, — ces deux choses sont étroitement solidaires. S'il ne s'agissait pour les femmes que de conquérir, en luttant avec des concurrents masculins, un *titre* qui est à lui seul un brevet d'instruction bien supérieur au diplôme de docteur, il serait peut-être difficile de leur refuser sinon ce *droit* (une administration est toujours maîtresse de ses règlements), du moins cette légitime faveur. Mais comment retenir la *fonction* à qui serait muni du *titre* ? Notre distinction, fondamentale en théorie, serait-elle respectée dans la pratique ? On peut répondre hardiment que non. Laissons donc de côté ce point de vue ; ne considérons dans l'internat que la *fonction*, l'*emploi*, et demandons-nous si les femmes sont aussi aptes que les hommes à le remplir.

Dans un service d'hôpital, l'interne est véritablement la *doublure* du chef. A ses côtés et sous ses ordres immédiats, dans la visite du matin, il demeure seul chargé des malades durant le reste de la journée. A la visite du soir, il est livré à sa propre initiative pour faire les prescriptions nécessaires ou pratiquer les opérations urgentes. S'il est *de garde*, ce n'est pas seulement les malades de son service, mais ceux de tout l'hôpital qui sont confiés pendant vingt ou vingt-deux heures à sa direction. Certes, il y a loin d'une pareille responsabilité de l'interne au rôle modeste et subordonné de l'externe, qui se borne à tenir les cahiers de visite, à prendre les observations et à faire les pansements. Cela seul, soit dit en passant, suffit à démontrer que des conditions spéciales peuvent parfaitement être exigées pour faire un interne d'un externe. En effet, on ne réclame de celui-ci, selon les termes mêmes du certificat qu'on lui délivre, que « zèle, exactitude et subordination ». Pour l'interne, d'autres qualités sont aussi indispensables que le savoir, entre autres : la possession de soi-même, l'initiative, la décision, le sang-froid, le jugement. Or, ces qualités sont-elles au même degré l'apanage de la femme que celui de l'homme ? N'est-il pas telle impressionnabilité physique ou morale, telle sujétion physiologique qui altère et enerve momentanément — ou périodiquement — les ressorts de l'organisme féminin ? Enfin, sans vouloir trop appuyer sur un argument dont on a peut-être abusé, on ne saurait cependant lui dénier toute valeur : il faut reconnaître qu'une des opérations d'urgence, que l'interne a le plus souvent besoin de pratiquer, le *cathétérisme*, sera d'une exécution choquante ou même difficile entre les mains délicates d'une jeune femme ; même remarque pour la réduction du *paraphimosis* (cela soit

(1) On nous communique les épreuves de l'article suivant, qui doit paraître aujourd'hui même dans la *Revue scientifique*. Nous le publions à titre de document dans une question à l'ordre du jour qui divise le corps médical. Nos colonnes sont ouvertes à toute réplique courtoise.

dit sans choquer celles qui, comme la nièce de Bélise, « n'entendent pas le grec ! »).

J'insiste surtout, on le voit, sur la considération de l'*aptitude*. C'est là, en effet, qu'est le nœnd véritable de la question, le terrain solide sur lequel les adversaires sérieux de l'internat des femmes doivent se placer et demeurer.

Qu'on me permette quelques mots encore à ce sujet.

On peut à bon droit comparer la *condition du sexe*, pour certaines fonctions, à la *condition d'âge* pour d'antres. Blâme-t-on l'État et les grandes administrations d'imposer une limite *minima* ou *maxima* à l'admission à certains emplois? Que signifie cette restriction? Est-ce que tous les aspirants, tous les compétiteurs à la fonction ainsi réglementée ne sauraient présenter d'exception à la règle uniforme, être capables avant ou après certaine limite d'âge? Assurément non. Les exceptions ne peuvent être niées et donnent même lieu parfois à des exclusions cruelles. Il n'en est pas moins bon qu'il existe une règle, laquelle est juste dans son application à la grande majorité des cas. Avant ou après un certain âge, en effet, il y a *présomption légitime* pour que la majorité des concurrents n'ait pas encore ou n'ait plus les aptitudes requises.

Il en est de même du sexe. En général, la qualité de femme est une *présomption légitime* d'inaptitude spéciale à certaines fonctions déterminées qui exigent précisément des qualités plus habituelles chez l'homme. Certes, l'absolu, là encore, n'existe pas. De même que, dans l'exemple choisi plus haut, l'application uniforme de la règle comportait des abus partiels — retards injustifiés, retraites prématurées, etc. — de même ici, la considération du sexe opposera parfois une barrière irritante aux capacités de telle ou telle femme virile. Le Fabuliste prétendait connaître « bon nombre d'hommes qui sont femmes; » il est, sans nul doute, aussi, « bon nombre de femmes qui sont hommes » dans le nombre (plus grand encore) de celles qui veulent l'être. Mais les lois et règlements sont faits en vue des majorités : n'est-ce pas là le fondement même des démocraties, et n'est-il pas étrange de voir cette vérité méconnue, dans le cas qui nous occupe, par des hommes qui taxent si facilement leurs adversaires d'attachement exagéré aux préjugés du passé?

Je me résume : à côté de la *limite d'âge* jusqu'ici seule spécifiée explicitement pour les concours, il conviendra désormais d'établir une *limite de sexe* (si l'on peut ainsi s'exprimer), puisque la question a été soulevée. Cette limite n'empêchera pas les femmes de faire leurs études de médecine, de prendre leur diplôme de docteur, de se livrer à la pratique de l'art pour tous ceux qui s'adresseront librement à elles; mais elle s'élèvera entre elles et certains emplois pour lesquels l'État a le droit de demander à ses fonctionnaires le maximum d'aptitude professionnelle. En agissant ainsi, il restera fidèle à son devoir, qui est de sauvegarder le plus possible l'intérêt des malades dont il a assumé la responsabilité.

II

Ainsi, va-t-on me dire, vous concluez à l'infériorité native de la femme? Elle n'est pas à vos yeux l'égale de l'homme?

Je refuse d'entrer dans cette discussion qui m'entraînerait trop loin, et qui, du reste, serait ici déplacée. Il me suffit pour le besoin de ma cause, non que la femme soit *inférieure* à l'homme, mais qu'elle soit un *autre* être que lui. Egalité n'implique pas identité. Au vrai point de vue, les qualités de l'un et de l'autre sexe font, je crois, un total qui est sensiblement le même, quoique la somme de l'addition soit formée de chiffres différents. Ce qui manque à l'un d'un côté est compensé de l'autre, voilà tout.

Est-il besoin de développer une vérité aussi banale? Qui pourrait, par exemple, remplacer la femme dans la famille, et, par suite, que deviendra la famille lorsque la femme s'étant faite homme, sa place actuelle deviendra vacante? Imaginez-vous une société reconstruite sur ces bases nouvelles : elle serait comparable à une usine où tous les ouvriers vondraient faire la même besogne. C'est qu'en effet la société est une sorte d'immense atelier où chaque sexe, comme chaque âge, a son rôle différent, sa spécialisation naturelle déterminés par des aptitudes congénitales ou évolutives.

L'expérience des siècles a assigné sa part à chacun. Certes, tout n'est pas parfait dans cette distribution. Il y a une certaine révision à faire, un remaniement à accomplir avec prudence. Mais qu'il y a loin de cette évolution à une révolution radicale!

Et cependant telles seraient les conséquences légitimes du principe en vertu duquel on demande actuellement un prétendu progrès. Si au nom d'une logique étroite on franchit les limites imposées par la nature elle-même, il faut pousser cette logique jusqu'au bout — et le moindre de mes arguments n'est pas cette démonstration par l'absurde. — D'internes, les femmes pourront devenir chefs de clinique, puis chefs de service et juges des concours. Ce n'est pas tout : fortes d'une invincible analogie (qu'elles invoquent déjà), elles exigeront l'entrée d'autres carrières; elles demanderont non seulement le *titre* de licencié en droit, ce qu'on ne peut leur refuser, mais encore les *fonctions* d'avocat, d'avoué, de notaire, de magistrat, ce qui est plus contestable.

Que dis-je? Que pourront objecter mes contradicteurs à celles qui, s'en croyant la vocation, désireront concourir pour entrer dans les Ecoles du gouvernement, Ecole normale, polytechnique, forestière, Saint-Cyr même?

Dira-t-on que l'obligation du casernement le leur interdit? Mais la *salle de garde* n'est pas un obstacle quand il s'agit de femmes internes, et du reste, qu'est-ce qui empêchera d'avoir pour ces élèves un dortoir spécial? Ce serait s'arrêter à bien peu de chose pour une si grande réforme.

J'ai nommé l'Ecole militaire : ce n'est point par entraînement de plume. En vertu de quel principe (autre que celui dont vous méconnaissez la valeur) empêcherez-vous une femme patriote de s'engager? N'a-t-on pas l'exemple des cantinières, des déguisements si fréquents dans toutes les guerres, pour prouver que la femme est apte au service militaire le plus dur? Exceptions! vous écriez-vous. — Admettez-vous donc la femme interne autrement que comme exception? Il en sera de même du guerrier féminin. Objectera-t-on les grossesses éventuelles? Mais ne pourra-t-on pas les assimiler à une infirmité temporaire, provoquant un simple congé de maladie et de convalescence? Et du reste, pourquoi ces Amazones modernes ne seraient-elles pas chastes comme celles de l'antiquité?

Je ne parle que pour mémoire du droit de la femme au vote et à l'éligibilité; c'est à vrai dire le premier pas qui aurait dû être fait dans la voie où vous nous engagez. En vain essaierait-on de retarder cette juste revendication, en arguant de l'absence du service militaire. Qui ne sait que les hommes déclarés impropres à ce service ont malgré cela le droit de voter et d'être élus?

La logique qui ferait la femme interne ferait la femme député.

III

La logique ! Combien d'absurdités s'abritent sous son brillant manteau ! Certes, si nos syllogismes pouvaient étreindre dans leur trois termes tous les divers côtés d'une question, chacun d'eux serait aussi convaincant qu'il peut paraître sans réplique. Mais il n'en est rien. On a prétendu, non sans raison, que dans toute erreur il y a une part de vérité ; n'est-ce pas dire que toute erreur n'est qu'une vérité incomplète ? Pour la corriger, il suffit d'y introduire des considérations nouvelles, parfois même en apparence contradictoires, mais dont l'antinomie disparaît lorsqu'on se place à un point de vue plus élevé. Cette remarque s'applique admirablement au cas qui nous occupe. Quoi de plus juste que la revendication des femmes pour l'internat et toutes les carrières ou fonctions, si l'on se tient au point de départ unique et pour ainsi dire *simpliste* de l'égalité des sexes ? Introduisez l'idée de *différences d'aptitudes* et que devient ce beau raisonnement ? Il est menacé à son tour par la logique au nom de laquelle il se présentait.

Le sens commun en eût du reste auparavant fait justice si sa voix modérée n'eût été étouffée par le bruit du débat. Aussi bien, peut-on jamais prétendre opposer la logique au bon sens ? N'est-ce pas au fond opposer celle-ci à elle-même ? Oui, le bon sens est une logique supérieure dont les procédés inconscients et intuitifs arrivent de prime saut à la conclusion qu'auraient péniblement et longuement déduite des raisonnements réguliers. Ne faisons pas trop bon marché de cet instrument merveilleux, et — que mes adversaires me permettent de leur rappeler — essentiellement *démocratique*. C'était la *vox populi, vox Dei*, des anciens : c'est encore pour longtemps, je l'espère, une qualité nationale,

C'est l'éternel bon sens, lequel est né français !

S. Pozzi.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Note sur deux cas d'adénomes du rectum, l'un sessile, l'autre pédiculé, chez des adultes, par le docteur S. Pozzi, professeur agrégé, chirurgien de Lourcine.

La présence dans le rectum de tumeurs formées par l'hypergénèse des glandes, d'*adénomes* en un mot, est un fait mis depuis longtemps hors de doute par les recherches de Lebert et Robin, auxquelles sont venues se joindre depuis celles d'un grand nombre d'anatomo-pathologistes. Ces néoplasmes bénins, circonscrits, n'ayant pas de tendance à se généraliser, sont le plus souvent pédiculés par l'action prolongée des contractions intestinales et se présentent par suite sous la forme clinique de *polypes*. On sait que c'est surtout chez les enfants que ces productions se rencontrent. Curling, dont le traité sur les maladies du rectum jouit d'une si grande autorité, déclare même que les polypes mous (ou glandulaires) sont *très rares* chez l'adulte. Cette assertion n'est qu'en apparence démentie par la statistique d'Allingham, où, sur quarante cas de polypes, on ne compte pas moins de dix-sept sujets âgés de plus de quatorze ans. En effet, la nature histologique de chacun de ces cas n'a pas été nettement déterminée, et plus d'un appartenait sans doute à la classe des polypes fibreux, qui sont tout autrement nombreux à cette période de la vie.

Quoi qu'il en soit, les observations complètes d'*adénomes du rectum*, sessiles ou pédiculés, chez l'adulte, sont assez peu fréquentes pour qu'il ne soit pas sans intérêt d'en publier deux observations nouvelles. La première, que j'ai recueillie moi-même, a trait à un adénome non pédiculé ; il serait par suite abusif de le ranger dans la classe des polypes, bien que certains auteurs (Agnew, par exemple) n'aient pas hésité à le faire. La seconde, relative à un vrai polype mou, m'a été communiquée par le professeur Trélat, que je remercie vivement de son obligeance. Ces deux faits se sont offerts à peu près en même temps à notre observation, et ayant eu l'occasion d'examiner les préparations microscopiques provenant du cas de M. Trélat, j'ai été si frappé de l'identité absolue qu'elles offraient avec celles de mon opérée, que j'ai désiré présenter ces faits simultanément à la Société de chirurgie.

Voici d'abord le résumé des deux observations. Je les ferai suivre ensuite de quelques commentaires rapides.

Observation I. — Adénome sessile de la paroi antérieure du rectum chez une femme adulte. — Phénomènes de pseudo-métrite. — Opération par l'instrument tranchant. — Guérison.

Mme V..., de Troyes, est âgée de trente-huit ans ; d'une forte constitution, quoique affaiblie par les pertes sanguines incessantes : un peu d'embonpoint, chairs flasques, muqueuses pâles. Elle a eu cinq enfants. Bonne santé jusqu'en 1871, où elle a eu une fièvre typhoïde. En 1873, elle a souffert de coliques hépatiques qui sont revenues depuis, soit franchement, soit avec la forme gastralgique.

En 1879, elle commence à souffrir, dans les reins et dans le ventre, de douleurs qui sont attribuées par son médecin à de la métrite. Elle vient consulter le professeur Depaul, qui trouve le col gros et congestionné et applique le fer rouge. Pas de soulagement. En 1880, un autre professeur de la Faculté constate, dans une consultation écrite que m'a montrée la malade, « *un engorgement considérable de l'utérus avec catarrhe, qui exigera un traitement de cinq à six semaines par les cautérisations profondes ou intra-utérines, afin de modifier la membrane muqueuse devenue fongueuse* ». Ce traitement est en effet institué et demeure sans effet.

Peu de temps après, aux symptômes de douleur, de pesanteur, etc., attribués à l'état de l'utérus, vient se joindre un phénomène nouveau : des hémorrhagies par l'anus, d'abord rares et peu abondantes (une à deux cuillerées), au moment des selles, de loin en loin, puis plus fréquentes. Il y en avait parfois deux ou trois dans la même journée. Rarement, trois jours se passaient sans qu'il en survînt. En même temps, du ténesme et de la leucorrhée anale apparaissaient.

Le même chirurgien qui avait rédigé la consultation citée plus haut est de nouveau appelé (juillet 1880). Cette fois-ci, il touche par le rectum et constate (par écrit) « *un polype du rectum avec flux sanguin intermittent* ». Il conseille l'opération, que la malade refuse.

Depuis lors, les hémorrhagies augmentent. Dans ces derniers six mois, la malade perdait du sang, nous dit-elle, vingt jours environ par mois, une à deux cuillerées seulement par jour, il est vrai ; mais, par leur répétition incessante, ces pertes ne l'en ont pas moins énormément débilitée. Elle a des palpitations, des vertiges, une faiblesse très grande, des névralgies intercostales vives. Il faut joindre à ces troubles un ténesme constant et une diarrhée persistante.

Tel est l'état où la malade me fut adressée au mois de mars de cette année.

Le toucher rectal me permit de constater sur la face antérieure, à 6 centimètres environ de la marge de l'anus, une tumeur sessile, du volume d'une amande verte, molle, quoique un peu élastique, granuleuse, paraissant faire corps avec la muqueuse rectale et être mobile sur la cloison recto-vaginale quand on combinait les touchers par le vagin et par l'intestin. Elle n'offrait ni prolongement ni racine. Un petit spéculum univalve, étant introduit dans le rectum et déprimant la paroi postérieure, permit de l'examiner facilement : on constata sa couleur rouge foncé, l'absence d'ulcération, l'aspect framboisé et saignant.

L'examen de l'utérus fit trouver le col assez gros, mais sans ulcération ni catarrhe ; tout semblait se borner, en un mot, de ce côté, à des phénomènes congestifs de voisinage.

Opération le 22 mars. — Par suite de la facilité très grande que j'avais trouvée à explorer la tumeur en employant un petit spéculum univalve, je résolus d'éclairer largement le champ opératoire en introduisant un spéculum du même genre, mais du plus fort calibre, après dilatation forcée du sphincter. Celle-ci fut donc pratiquée tout d'abord dès que la malade fut endormie. Cette manœuvre donna une laxité si grande à l'orifice qu'après l'introduction du spéculum (la malade étant dans le décubitus latéral gauche) la tumeur devint parfaitement accessible.

De quel procédé d'exérèse fallait-il faire choix ? La crainte de l'hémorrhagie m'eût poussé à employer de préférence soit le thermo-cautère, soit l'écraseur linéaire. Mais, d'autre part, le voisinage immédiat du vagin, la nécessité d'une précision très grande dans la dissection pour échapper au risque d'une fistule recto-vaginale, plaidaient en faveur du bistouri. Cette considération me parut prépondérante. J'ajoute que la tumeur était devenue si accessible que je devais me rendre sans peine maître de l'hémorrhagie, si elle se produisait.

Je procédai donc comme suit : maintenant dans le vagin l'index de la main gauche pour apprécier l'épaisseur des tissus divisés, je fis au bistouri une incision comprenant l'épaisseur de la muqueuse rectale, et allant de l'anus à la tumeur, que je cernai ensuite rapidement par une incision circulaire. Une assez notable perte de sang fut immédiatement arrêtée par la compression digitale, puis par l'application de plusieurs pinces à forcipressure. Je substituai alors les ciseaux à avivement au bistouri et je disséquai très vite la tumeur saisie par un aide avec une pince à griffes. J'enlevai ensuite successivement les pinces en liant les vaisseaux de quelque calibre qui donnaient encore. Quatre ligatures seulement furent nécessaires. On peut estimer à un demi-verre à bordeaux la perte totale du sang.

Lavage à la solution d'acide borique; pansement avec la vaseline boriquée étendue sur une petite boulette de coton hydrophile, sans tamponnement ; opium.

Suite des plus simples : disparition complète du ténesme dès les premiers jours ; il n'a pas reparu une goutte de sang ; aucune fièvre. L'appétit et les forces reviennent sous l'influence d'un traitement tonique. Les douleurs névralgiques diminuent.

Le 10 mai, la malade partait guérie. Cessation complète de tous les symptômes morbides, y compris les douleurs abdominales et la pesanteur du périnée, attribuées faussement à une affection de l'utérus.

J'ai reçu de ses nouvelles, la guérison ne s'est pas démentie (octobre 1884).

Examen de la pièce. — La tumeur enlevée a le volume d'une petite amande. Elle est par suite beaucoup moins volumineuse qu'elle ne le paraissait lorsqu'elle était gorgée de sang sur la malade. Elle est aussi beaucoup plus molle qu'elle ne le semblait alors, et a tout à fait perdu la rénitence un peu élastique qu'elle donnait à l'exploration du doigt. J'ai décrit déjà ses autres caractères extérieurs.

Après durcissement, les coupes colorées à l'hématoxyline donnent de très belles préparations où la nature glandulaire du néoplasme apparaît avec une entière évidence.

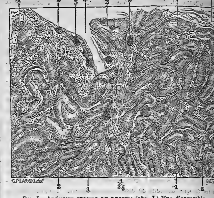


FIG. I. ADÉNOME SESSILE DU RECTUM (obs. I.) Vue d'ensemble. (80 diamètres. Obj. 1. Oc. 1. Nachet.)

1, 1. Tissu conjonctif séparant les culs-de-sac glandulaires.
2, 2. Culs-de-sac glandulaires coupés sous diverses incidences.
3, 3. Orifices vasculaires.
4, 4. Anfractuosités à la surface de la tumeur.

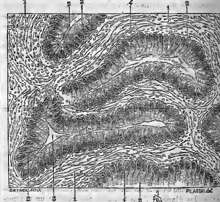


FIG. II. ADÉNOME DU RECTUM. Un point de la fig. I, fortement amplifié. (300 diamètres. Obj. 5. Oc. 1. Nachet.)

1, 1. Tissu conjonctif lâche, infiltré de cellules embryonnaires séparant les acini.
2, 2. Acini hypertrophiés et montrant un épithélium tuméfié et en voie de transformation muqueuse.
3, 3. Cavité glandulaire.
4, 4. Epithélium dont le protoplasma est devenu granuleux.

Les figures ci-jointes me dispenseront du reste d'une longue description (fig. I et fig. II).

OBSERVATION II. — ENORME POLYPE DU RECTUM CHEZ UN HOMME ADULTE. (ADÉNOME PÉDICULÉ). (Observation communiquée par M. le professeur TRÉLAT.)

Le nommé Ch. Marchand est entré le 16 mai 1884 salle Saint-Pierre, hôpital Necker. Rien dans ses antécédents héréditaires.

Erysipèle de la face il y a sept ans. Pas de rhumatisme ni autre maladie constitutionnelle.

Il y a huit ou neuf ans, le malade a fait une chute sur le derrière, et sept ou huit mois après est sortie du fondement pendant la défécation une petite masse grosse comme une noisette. Depuis cette époque, il la sentait toujours sortir toutes les fois qu'il allait à la selle. Elle ne l'empêchait pas du reste de travailler et n'occasionnait pas de douleurs. Il rendait de temps en temps un peu de sang.

Il consulta des médecins de campagne qui lui conseillèrent des bains froids. Cependant cette masse grossissait de plus en plus, et il y a deux ans elle était, dit-il, aussi grosse qu'aujourd'hui. A cette époque, l'hémorrhagie au moment des selles était devenue beaucoup plus abondante. En même temps il rendait des glaires blanches. Les douleurs étaient très peu vives.

Sa tumeur sortait sans cesse et il la faisait rentrer assez difficilement. Mais il a toujours continué à travailler jusqu'à la huitaine qui a précédé son entrée à l'hôpital.

Il y avait six ou sept mois, sa santé s'était altérée. Il était devenu pâle, l'appétit était perdu, et depuis un mois il avait des étourdissements.

C'est même à la suite d'un accident de ce genre qu'il se décida à venir nous consulter à l'hôpital.

Homme assez fort, pâle, anémique. L'anus ne présente rien de particulier.

Au toucher, on ne trouve rien de spécial à la partie inférieure du rectum. Il faut monter à une hauteur de six à huit centimètres avec le doigt; alors on sent une masse lobulée qui occupe presque tout le calibre de l'intestin. Cette masse a une consistance molle et on peut la déplacer facilement. En reportant son doigt vers la paroi antérieure du rectum, on sent un pédicule qui est large (25 à 30 millimètres), plus dur que la masse elle-même, et on a la sensation d'une bride. Pendant cette exploration, on ne fait pas saigner cette tumeur et la douleur provoquée est fort légère.

Le malade dit qu'il peut la faire sortir lorsqu'il va à la selle. On fait l'expérience, et lorsqu'il revient du cabinet, on constate, en effet, que le polype fait saillie en dehors de l'anus, sous forme d'une masse sillonnée et partagée en plusieurs lobes, les lobes eux-mêmes étant divisés en lobules plus petits.

Le polype dépasse le volume du poing fermé d'un adulte. Sa couleur est rosée, il est recouvert par places de mucus. Sa consistance est molle. Son pédicule est large.

M. le professeur Trélat a excisé deux petits lobules pour être examinés au microscope. A la suite de cette légère opération, le sang a coulé abondamment et a nécessité des attouchements au perchlorure de fer. M. Latteux, chef du laboratoire de Necker, reconnut à l'examen histologique un adénome parfaitement caractérisé.

Douleurs modérées, exaspérées après chaque exploration. Hémorrhagie toutes les fois que le malade va à la selle, surtout fortes depuis quelque temps. Le sang sort mélangé de glaires.

Anémie. L'appétit est médiocre. Cet homme va trois ou quatre fois par jour à la selle, en diarrhée.

Dans la leçon clinique faite le 27 novembre, avant l'opération, M. le professeur Trélat exposait que le diagnostic était assuré et fondé sur la longue durée, le volume, le pédicule, la bénignité relative, la surface muqueuse et lubrifiée par du mucus glissant sur tous les points de la tumeur, contrairement aux anfractuosités des cancers; et enfin qu'il était confirmé incontestablement par l'examen histologique des petits fragments enlevés.

Opération : Dilatation après chloroforme; issue et saisie du polype. Section d'un pli supérieur de la muqueuse avec le thermocautère (ciseaux), hémorrhagies; quatre ligatures.

Section lente (quatre crans par minute) du gros pédicule, de 35 à 38 millimètres avec l'écraseur. Pas de sang; lavage. Tampons de gaze iodoformée en queue de cerf-volant. Le pédicule, ainsi qu'on le vérifie exactement après sa section, s'implante à 5 centimètres de l'anus.

Le malade est constipé avec l'opium.

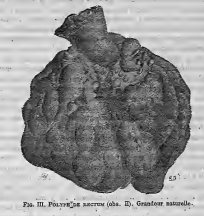


Fig. III. Polype de rectum (obs. II). Grandeur naturelle.

Anatomie pathologique. — La masse finement granuleuse, lobée et lobulée, de couleur rouge violacé, sans nulle ulcération, recouverte d'un mucus visqueux, avait au moins 7 centimètres de large sur 8 de haut. M. le docteur Latteux, qui a fait l'examen microscopique, a obtenu avec l'hématoxyline de magnifiques préparations montrant la nature franchement glandulaire du tissu pathologique. « L'ensemble est formé par l'hypertrophie de la couche glandulaire de l'intestin, dont les éléments se montrent soit coupés en long, soit coupés en travers; il n'y a rien qui rappelle l'épithélioma. L'épithélium qui tapisse les mamelons de la surface est cylindrique, on y trouve des cellules vésiculeuses d'où provient le mucus gluant qui recouvre la surface. Le tissu conjonctif ou stroma est infiltré de nombreuses cellules embryonnaires et montre un assez grand nombre de vaisseaux dans son épaisseur. »

(Les figures 2 et 3 relatives à la première observation pourraient se rapporter également à celle-ci; on ne saurait à l'examen histologique distinguer l'une de l'autre ces deux pièces.)

Les suites de l'opération furent des plus simples. Les tampons purent être gardés sept jours, grâce à la constipation entretenue par l'opium. Les selles furent ensuite faciles. Le malade (opéré le 27 mai) est touché le 9 juin. On sent la large surface d'implantation du pédicule lisse et polie.

Le malade, très anémique, est traité par les douches froides et s'en trouve très bien. Le 16 juin, une nouvelle exploration fait reconnaître une surface lisse, indolente, solide. Les selles sont régulières. Actuellement, on peut considérer le malade comme guéri.

Je crois inutile de relever les analogies et les différences instructives qui existent entre ces deux observations. Les caractères décisifs qui permettent d'éviter l'erreur et de croire à une production maligne ont été parfaitement résumés par le professeur Trélat dans l'extrait de sa leçon que j'ai cité. Je remarquerai seulement que l'absence de pédicule, tout en rendant dans mon observation la différence moins frappante entre l'épithéliome et l'adénome, n'empêchait pas les autres considérations d'éclairer suffisamment le clinicien; telles étaient surtout la longue durée du mal, sa circonscription exacte, l'absence d'ulcérations et d'adhérences profondes.

Une autre confusion qui pourrait être commise, comme elle

l'a été pour ma malade au début de la maladie, avant l'apparition des hémorrhagies par l'anus, et alors que les symptômes douloureux et les accidents réflexes dominent la scène, consisterait, en l'absence d'un examen du rectum, à croire à une affection de l'utérus (*phénomènes de pseudo-métrite*). Il existe sans doute, en effet, au début du mal, un état congestif de cet organe concomitant et symptomatique qui peut contribuer à entretenir l'erreur.

J'ai vu plus d'une fois, chez la femme, des maladies de la partie inférieure du rectum ou de la marge de l'anus, comme des hémorrhoïdes, des ulcérations syphilitiques, des fissures, retentir d'une façon manifeste sur les organes génitaux internes et y amener une congestion *deutéropathique*; celle-ci donnait souvent le change à la malade et aurait pu le donner au médecin, en lui faisant prendre pour la lésion initiale ce qui n'était qu'un de ses effets éloignés.

Enfin j'ajouterai quelques mots à propos du traitement : la dilatation forcée de l'anus sous l'anesthésie et l'emploi du spéculum américain rendent le rectum si largement et si profondément accessible, l'hémostase est si sûre et si prompte, grâce à la forcipressure, que, toutes les fois qu'une dissection minutieuse sera nécessaire, l'emploi de l'instrument tranchant ne devra pas être trop redouté. On y aura recours, par exemple, lorsque la tumeur présentera une large base implantée sur la cloison recto-vaginale, comme dans mon observation.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

ENORME HÉMATOCÈLE DE LA TUNIQUE VAGINALE. — EXCISION DE LA POCHE. — CASTRATION. — GUÉRISON. (Présentation du malade opéré à la Société de chirurgie), par M. le docteur POLAILLON. (Observation recueillie par M. BERTHON, interne des hôpitaux.)

Le nommé Sacchi (Jean), vitrier, âgé de 57 ans, entre le 9 juin 1884 à l'hôpital de la Pitié, service de M. Polaillon (salle Broca, n° 7).

Antécédents héréditaires. — Le malade ne donne que des renseignements incomplets sur ses parents. Il raconte que son père est mort à 75 ans, probablement d'un ramollissement cérébral.

Quant à sa mère, il ignore ce qu'elle est devenue et comment elle a succombé.

Antécédents personnels. — Il a eu dans sa vie une fièvre typhoïde. A part cette maladie, il a toujours joui d'une excellente santé.

Il y a deux ans, il a reçu une violente contusion dans l'aine gauche pendant qu'il portait une caisse de verres. Il attribue à cet accident l'origine de sa tumeur.

Le scrotum se gonfla peu à peu, sans être très douloureux et sans empêcher l'exercice de la profession.

C'est seulement depuis quinze jours que le volume des bourses est devenu assez considérable pour obliger le malade à rester couché et à cesser de travailler.

Son facies est pâle, cachectique. Depuis longtemps le malade digère mal, mange peu, tousse, maigrit; mais il ne présente rien d'anormal à la poitrine. Il n'a pas d'ascite, ni d'œdème aux membres inférieurs.

L'auscultation du cœur révèle un léger souffle au premier temps et à la pointe.

Le scrotum est le siège d'une énorme tumeur arrondie, mesurant 58 centimètres de circonférence. Une hernie inguinale gauche, volumineuse, réductible, coiffe la tumeur et semble se confondre avec elle. Le malade s'est aperçu de cette hernie après la contusion du scrotum que nous avons signalée plus haut. Il portait un bandage, mais il a dû l'abandonner à cause du développement des bourses.

La peau des bourses est violacée, fortement tendue, lisse, sillonnée par des veines volumineuses. La pression est assez douloureuse; mais il n'y a pas ou presque pas de douleurs spontanées. C'est le poids de cette tumeur et la gêne qu'elle occasionne qui poussent le malade à réclamer une intervention chirurgicale.

Par la palpation, on découvre que le testicule droit est situé un peu au-dessous de l'anneau inguinal du même côté, et qu'il paraît sain. Quant au testicule gauche, il est impossible de le reconnaître au milieu de la masse morbide.

En explorant le pédicule de la tumeur, on en sépare complètement la hernie qui se réduit facilement, et on peut introduire le doigt dans le canal inguinal qui est très élargi. On constate en même temps que le cordon spermatique gauche est énorme et que ses vaisseaux, dont on suit les battements, ont pris un développement extraordinaire.

La consistance de la tumeur est uniforme, sans bosselures, élastique, fluctuante; mais la fluctuation est profonde, difficile à séparer du phénomène de l'élasticité.

Point de transparence.

La miction se fait normalement. Au dire du malade, les fonctions génitales sont abolies depuis assez longtemps.

M. Polaillon porte le diagnostic d'*hématocèle de la tunique vaginale*, mais avec quelques réserves au point de vue de l'existence d'une tumeur de mauvaise nature, constituant une hydro-sarcocèle.

En effet, la maigreur et le facies cachectique du malade commandent de ne pas se prononcer d'une manière absolue.

Le 11 juin. — Ponction exploratrice avec l'appareil de M. Potain.

Le trocart donne issue à un liquide épais, de couleur chocolat, contenant des paillettes brillantes et une pulpe brunâtre formée par des grumeaux de fibrine coagulée, comme on en rencontre dans les anciens foyers hémorrhagiques.

L'examen microscopique pratiqué aussitôt fait reconnaître la nature sanguine de ce liquide.

Le diagnostic d'une hématocèle est alors pleinement confirmé.

Après la ponction et le retrait du trocart, on voit du liquide sanglant s'écouler goutte à goutte.

Cet écoulement persiste toute la journée. En même temps, le malade ressent quelques douleurs et éprouve du malaise.

Craignant qu'il ne se produise quelque inflammation putride dans cette vaste poche, M. Polaillon se décide à pratiquer l'opération le lendemain de la ponction.

12 juin. — Le patient est chloroformé.

M. Polaillon circonscrit sur la peau du scrotum une large tranche par deux incisions curvilignes pratiquées d'avant en arrière avec le thermo-cautère.

La peau et les tissus sous-jacents sont si vasculaires qu'il faut appliquer de nombreuses pinces hémostatiques.

La poche est alors disséquée en remontant vers la racine des bourses, puis ouverte avec le bistouri.

Immédiatement une grande quantité de liquide rougeâtre et de matières fibrineuses en grumeaux font irruption.

Après avoir constaté que les fausses membranes sont très épaisses, dures, et qu'elles emprisonnent le testicule dans un point qui n'est pas facile à déterminer, M. Polaillon juge que la décortication est impraticable sans produire de graves lésions sur cet organe.

Considérant, en outre, qu'il a affaire à un homme qui n'est plus jeune (57 ans), il se détermine à faire la castration.

Le cordon spermatique présentait au moins le volume d'un in-

testin grêle distendu. Il fut traversé avec un fil double en soie phéniquée et lié en deux faisceaux.

Une autre ligature en masse fut appliquée au même niveau. Puis le cordon fut coupé à un centimètre au-dessous de ces ligatures. Par mesure de prudence, trois grosses artères dont on voyait le calibre béant sur la section du cordon furent liées avec un fil de catgut.

La plaie opératoire fut exactement lavée avec de l'eau phéniquée au vingtième. Suture avec des fils d'argent. Établissement de deux gros drains. Pansement de Lister

Le 13 juin. — T. 39°9 matin ; pouls à 108. L'opéré n'a pu uriner.

Cathétérisme de l'urèthre. Le pansement est renouvelé sous le spray.

Dix centigrammes de quinine toutes les deux heures.

Température du soir, 38°9.

14 juin. — La nuit a été bonne. La température tombe à 37°2. Depuis ce jour, la température s'est maintenue à la normale.

15 juin. — Le pansement est renouvelé. La réunion par première intention est obtenue dans une grande partie de la plaie.

16 juin. — Pansement. Ablation de 3 points de suture.

17 et 18 juin. — Les autres points de suture sont enlevés. La plaie suppure un peu à la partie supérieure de l'incision, près du cordon.

22 juin. — L'état général est très satisfaisant. L'opéré se lève et passe une partie de la journée au jardin de l'hôpital.

Le 16 juillet. — Evacuation du malade à la maison de convalescence de Vincennes. Les érections, qui ne se produisaient plus depuis plusieurs mois, sont revenues.

Examen de la pièce. — La paroi de l'hématocèle mesure jusqu'à 3 centimètres d'épaisseur.

Les fausses membranes qui la composent se séparent facilement à la partie supérieure et externe de la poche.

Le testicule était environné de toutes parts par de fausses membranes, épaisses, très dures et qui auraient rendu la décortication impraticable.

M. Polaillon présente l'opéré à la Société.

Les bourses ont actuellement leur volume normal.

On voit sur leur partie antérieure une cicatrice déprimée. C'est dans ce dernier point que la plaie a suppuré pendant environ trois semaines.

La hernie inguinale gauche est facilement maintenue par un bandage. Le testicule droit est volumineux. La perte de son voisin semble lui avoir donné une nouvelle activité fonctionnelle.

REVUE CRITIQUE

De la pneumotomie

Lorsqu'on se rappelle la condamnation solennelle prononcée, du haut de la tribune académique, contre l'ovariotomie, on peut se demander quel accueil eussent fait les chirurgiens du temps passé à la proposition d'ouvrir la cavité thoracique, d'inciser le parenchyme pulmonaire et de vider un abcès, un foyer gangréneux, de vider même une caverne chez des sujets phthisiques. La pneumotomie eût pu, comme l'ovariotomie, passer en jugement il y a bien des années. Bien avant que Mosler vint ressusciter cette opération audacieuse, bien avant qu'on parlât d'ovariotomie en France et même à l'étranger, on avait ponctionné, incisé le poumon, on avait fait ce que l'on est convenu aujourd'hui d'appeler la pneumotomie.

L'ovariotomie, en dépit de la proscription à laquelle elle était vouée, a fait son chemin ; c'est devenu une opération courante que tout chirurgien peut et doit pratiquer. En sera-t-il de même de la pneumotomie ? C'est ce qu'il convient d'examiner.

I

En torturant un peu les textes pour les besoins de la cause, on reconnaîtrait dans les auteurs anciens l'idée première de toutes les conquêtes médico-chirurgicales modernes. Si l'on voulait, poussé par la passion de l'historique, fouiller dans les œuvres des siècles passés, on y trouverait peut-être l'indication de la pneumotomie. Contentons-nous de remonter à Baglivi (1696) qui indique d'une façon on ne peut plus claire la possibilité d'ouvrir les cavernes des foyers purulents situés à l'intérieur de la poitrine. « Un phthisique, porteur d'un *ulcère* pulmonaire, est d'ordinaire regardé comme incurable, sous prétexte que l'ulcère est interne, caché, et ne peut être détergé comme un ulcère externe. Pourquoi ne pas chercher la vraie situation de l'ulcère, puis diriger sur ce point une incision entre les côtes et assurer le traitement approprié ? » Et Baglivi cite un exemple plus ou moins probant à l'appui de son idée.

Dans son *Traité de la consomption*, Barry croit à la possibilité d'atteindre les abcès pulmonaires. Poutean, en 1783, parlait également d'inciser le tissu pulmonaire ou d'y enfoncer un trocart, et gravement il rapporte, en lui accordant toute confiance, l'histoire de ce phthisique au dernier degré de marasme qui reçut à point un merveilleux coup d'épée, lequel fit office de trocart et vida une caverne qui minait ce pauvre gentilhomme.

Richter (1805) ouvrait deux abcès pulmonaires qui avaient fusé jusque dans la paroi thoracique et qui étaient sur le point de traverser la peau ; il recommandait à ce propos de n'aller à la recherche d'un abcès pulmonaire que lorsqu'il est bien délimité et qu'il a été soigneusement diagnostiqué. Ces préceptes, qui semblent des vérités enfantines, méritent d'être pris en considération ; on a fait dans le poumon des ponctions un peu au hasard, comme le prouve l'insuccès de quelques-unes de ces tentatives.

Le lecteur que ces détails rétrospectifs peuvent intéresser trouvera dans une thèse de la Faculté de Paris (Arjo, 1877, *Historique du traitement chirurgical des cavernes pulmonaires*) des détails complets sur ce point particulier.

C'est en 1830 que nous trouvons la première mention d'une opération pratiquée de propos délibéré. Krimer ouvrit un abcès pulmonaire chez un paysan non phthisique, en usant du procédé mixte du cautère et du bistouri.

En 1845, Hartings et Stockes ponctionnent une caverne du sommet du poumon chez un phthisique et y insèrent un tube. Six mois après, le malade vivait, quoique très affaibli ; il n'expectorait plus que deux drachmes de pus par vingt-quatre heures.

Bricheteau fit deux fois la même opération sans grand succès. Voici le résumé de ces faits qui semblent avoir complètement échappé aux opérateurs modernes :

Le premier malade était un journalier de 25 ans, offrant tous les signes d'une phthisie avancée. On avait posé un cautère sur le point de la paroi thoracique correspondant à la caverne, et chaque jour l'élève, chargé du pansement, creusait la plaie du cautère en ajoutant de la potasse caustique ou en cautérisant avec un crayon de nitrate d'argent. La plaie ayant acquis une assez grande profondeur, une ponction fut faite au bistouri et

pénétra dans la caverne. On retira le lendemain une matière blanchâtre semblable à du mastic délayé avec un peu de liquide et des matières organiques. On introduisit pendant plusieurs jours, sans déterminer aucune douleur, en divers sens et à une certaine profondeur, une aiguille à acupuncture. La plaie ne tarda pas à se combler et à se cicatriser. Le malade mourut l'année suivante, emporté par une péricardite.

A l'autopsie, on trouva la caverne affaissée sur elle-même, presque entièrement comblée par un travail récent de cicatrisation qui consistait en des bourgeons semi-cartilagineux.

L'autre malade était moins gravement atteint; on ponctionna à diverses reprises, une caverne qui parut superficielle, sous la clavicule gauche, à l'aide d'aiguilles à acupuncture. Au bout de deux mois, le malade quittait l'hôpital en voie d'amélioration.

Foubert, en faisant l'autopsie d'un malade porteur de fistules pulmonaires sous-cutanées, constata qu'il eût été facile d'arriver jusqu'au foyer. Ne pourrait-on pas, dit-il, ouvrir de pareils abcès?

Il suffit d'avoir montré, par ces quelques citations, qu'on avait eu il y a longtemps l'idée de traiter par des moyens chirurgicaux certaines maladies du poumon.

L'idée était tombée dans l'oubli lorsque Mosler (de Greifswald) la reprit et soumit ses malades à ce traitement.

C'est en 1873 que Mosler publia sa première opération. Il n'avait tout d'abord songé qu'à faire une simple ponction exploratrice permettant d'évacuer le liquide des cavernes et de laver avec des injections détersives et désinfectantes (solutions de permanganate de potasse, de teinture d'iode). Chez les deux premiers malades, atteints, l'un de phthisie avancée, l'autre de dilatation bronchique, la ponction détermina bien quelques hémoptysies. Pour les arrêter, on pulvérisa simplement par la canule du perchlorure de fer, et ces petits accidents n'empêchent pas l'auteur de regarder la ponction comme inoffensive.

Ces idées sont du reste partagées par Pepper, qui inaugurait en Amérique, en même temps que Mosler à Greifswald, cette thérapeutique par les injections interstitielles. Les cavernes pulmonaires, d'après lui, sont fort tolérantes; on peut y maintenir des canules, faire des injections sans produire de douleurs, d'hémorrhagie, d'irritation, sans contrarier l'emploi des antres médications. Pepper convient que les cas les plus favorables sont ceux dans lesquels il existe une cavité non tuberculeuse, unique, superficielle et circonscrite. Mais, dit-il, alors même que le reste du poumon est malade ou que le poumon du côté opposé commence à se prendre, on peut encore espérer retirer quelque avantage de la méthode.

Il est juste de dire que le chirurgien américain n'emploie que de longues aiguilles, très fines, comme l'aiguille à injections hypodermiques, qu'il ne fait aucune aspiration; il se contente d'injecter une solution iodo-iodurée (solution de Lugol).

Pepper et Mosler ont eu des imitateurs; mais, avant d'appliquer aux malades de son service cette méthode thérapeutique, Fraenkel a demandé à l'expérimentation quelles pouvaient être les conséquences de ces piqûres, accompagnées d'instillations plus ou moins irritantes. Il injectait à des lapins des solutions d'acétate d'alumine, d'acide borique, d'acide phénique à 2, 4 ou 5 0/0. Les lésions étaient insignifiantes et Fraenkel, persuadé que le poumon de l'homme pouvait se prêter à ces manœuvres thérapeutiques, a fait dans le poumon d'un malade, sans accident du reste, des injections phéniquées.

Il ne s'agit guère, dans ces faits, de pneumotomie à proprement parler; mais c'est à la suite de ces premiers essais, en présence de l'innocuité relative des ponctions, que Mosler se crut justifié à donner libre sortie au pus et à assurer ainsi aux malades des chances de guérison plus rapides et plus sûres.

Au mois de juillet 1873, il ouvrait chez un jeune peintre une caverne du lobe supérieur par une incision de trois centimètres, faite le long du bord supérieur de la troisième côte. Des adhérences très solides existaient entre les feuillets pleuraux. On dilata avec des pinces l'ouverture pour donner issue au pus; on laissa à demeure un drain d'argent et sur le pansement phéniqué on appliqua une vessie de glace. Des solutions d'acide phénique et de teinture d'iode étaient pulvérisées deux fois par jour par la canule. La toux et la fièvre diminuèrent, mais l'affaiblissement alla croissant et le malade succombait trois mois plus tard. A l'autopsie, le canal, tracé par le drain, conduisait dans une cavité occupant la plus grande partie du lobe supérieur, remplie de pus jaunâtre et présentant sur les bords une surface faiblement granuleuse.

Les résultats n'étaient pas de nature à entraîner les chirurgiens; quatre ans se passèrent sans qu'on entendît parler d'une nouvelle opération. En 1877, Williams se contente de ponctionner une énorme caverne de la base avec adhérences aux parois costales et cirrhose pulmonaire et de faire des lavages antiseptiques. Il y eut une amélioration assez rapide, mais qui ne dura pas.

Radek (1878, Cent. f. Chir.) croyant ouvrir un empyème, donne issue à un abcès du lobe supérieur du poumon; le malade mourut dans les trente heures.

En 1879, Cayley et Lawson pratiquent la pneumotomie pour une gangrène du poumon; de même Solomon Smith (Lancet, 1880) qui voit tout d'abord son malade reprendre ses forces, puis succomber au douzième jour au retour des accidents et de la fièvre putride.

Les indications sont déjà plus nettes, plus précises; on ouvre le poumon pour des lésions où l'opération est bien justifiée.

C'est à partir du beau succès de Fenger (hydatides du poumon) que les opérations se multiplient. En relatant une observation de gangrène du poumon traitée par la pneumotomie et guérie, le professeur Bull (de Christiania) avait pu réunir dans son premier mémoire (Nordiskt med. Arkiv, 1881) dix-huit cas. Au congrès de Copenhague, il a publié un relevé de trente-deux cas, auxquels on pourrait ajouter plusieurs observations publiées tout récemment.

Le nombre des opérations est déjà assez important pour permettre d'étudier la question et de tirer quelques conclusions pratiques sur l'opportunité de l'intervention et sur les indications qu'elle réclame. Si l'on examine l'ensemble des faits, on s'aperçoit vite qu'il convient d'établir une distinction bien tranchée suivant la nature de l'affection.

(A suivre.)

A. Cartaz.

BIBLIOGRAPHIE

Étude sur le goître exophthalmique, par le docteur Paul Gros, in-8 de 80 pages, 1884.

La question du goître exophthalmique reste à l'ordre du jour et fort justement. Trousseau, en l'appelant maladie de Graves,

semble s'être mépris; Basedow avait décrit ce singulier syndrome avant Graves et même, d'après Tapret, sir Henry Marsh avait donné une observation très concluante de cette maladie dès 1841. Mais voici que Charcot, Begbie et Rendu ont démontré que Parry en avait déjà en 1825 rapporté huit observations. Force nous est donc de préférer pour cette maladie le nom de goître exophthalmique, qui laisse de côté les questions de priorité.

Après le travail de Fischer, après la thèse de Turgis, après la discussion soulevée à l'Académie de médecine par le mémoire d'Aran, discussion à laquelle Piorry, Beau, Bouillaud et Trousseau prirent part, étaient venus les travaux de M. Marie (1) et de G. Ballet (2).

Aujourd'hui M. Paul Gros reprend la question. Rappelant que M. Potain avait, dans ses leçons cliniques de 1876, insisté sur la fréquence insolite des cas qui s'étaient déclarés en Alsace-Lorraine à la suite de la guerre franco-allemande, M. Paul Gros s'est moins attaché à décrire la triade symptomatique de la maladie de Graves qu'à étudier les autres symptômes dépendant du système nerveux qui avaient été laissés trop à l'écart jusqu'à notre époque.

A côté des palpitations cardiaques, du goître et de l'exophthalmie, les troubles de la motilité sembleraient, en effet, être des symptômes à peu près constants.

L'hémiplégie même a été observée, ainsi que la paralysie et surtout les paralysies partielles (spécialement les paralysies oculaires).

Les troubles de la sensibilité, anesthésie, hyperesthésie, névralgies, ne sont pas rares; mais les troubles intellectuels paraissent plus fréquents (hypochondrie). On doit aussi signaler les troubles trophiques comme très remarquables, chute des poils, décoloration des cheveux, gangrène sèche, atrophies, troubles oculaires.

La pathogénie de cette affection n'en reste pas moins obscure. Les théories cardio-vasculaires incriminent soit une affection du cœur, soit une altération du sang, soit encore une simple modification dans la pression sanguine. Les partisans de la théorie mécanique accusent à la suite de Kœben, de Marsball, de Taylor et de Piorry, la compression des jugulaires ou des organes du cou. Enfin le plus grand nombre des observateurs d'aujourd'hui, et spécialement M. Charcot et ses élèves, attribuent la plus grande influence dans la production de cette maladie à des troubles nerveux. Mais tandis que les uns invoquent une altération du grand sympathique (Aran, Teissier, Trousseau, Galezowski, Meyer, Day, Jaccoud, etc.), d'autres font intervenir une altération des centres nerveux : état congestif de la moelle (Geigel), lésion cérébro-spinale (Laycok), lésion bulbaire (Trumet de Fontarce et Filehne), lésion du bulbe et de la protubérance annulaire (Burney-Yeo, Cheadle et Panas).

M. Germain Sée, s'appuyant sur la simultanéité des troublas respiratoires, digestifs et cardiaques, affirme de son côté que la maladie dépend d'une paralysie du nerf pneumogastrique. Mais, nous l'avons vu, il est d'autres accidents du goître exophthalmique qui permettent à M. Gros d'admettre que le cerveau lui-même est intéressé.

Quoi qu'il en soit de ces théories si différentes, le traitement n'en est que plus incertain, comme celui de toutes les névroses. Ici l'iode ne produit pas d'aussi bons effets que dans les autres affections de la glande thyroïde. Trousseau a essayé la digitale; G. Sée préfère la vératrine qui, pas plus que l'aconit, la belladone, l'ergot de seigle, l'opium, le sulfate de quinine ou la strychnine, ne donne des résultats constants. Le bromure de potassium a au moins l'avantage de calmer les patients dans les cas où une insomnie des plus pénibles vient compliquer la maladie. Mais tous ces médicaments n'attaquent nullement l'essence de la maladie : « Une hygiène bien comprise, dit M. Gros, fera plus que toutes les médications. » Avant tout, il faudra « proscrire l'alcool, le café, le thé, le tabac, enfin tout ce qui peut exciter le système nerveux. En même temps, on ordonnera les sédatifs généraux de la circulation et du cerveau : digitale, bromure de potassium; les différents toniques généraux : séjour à la campagne, quinquina, alimentation reconstituante », et surtout l'hydrothérapie, sauf chez les femmes qui ont des métrorrhagies.

Il est encore une médication qui dans bien des cas a rendu d'incontestables services, c'est l'électricité. « Von Buch, Tulemberg, Vilbelm et plusieurs auteurs ont obtenu, par ce moyen, d'assez bons résultats. M. Onimus conseille d'électriser le grand sympathique en appliquant les rhéophores de chaque côté du cou, pendant huit à dix minutes, avec un courant continu de 15 à 20 éléments.

Le docteur Vigouroux se sert alternativement de la faradisation et de la galvanisation. Il emploie les courants faradiques pendant dix minutes, plaçant le pôle positif derrière le cou et le pôle négatif cinq minutes sur la région carotidienne de chaque côté du cou et cinq minutes sur la région thyroïdienne. Il se sert alors des courants galvaniques, appliquant le pôle négatif derrière le cou et le pôle positif sur la région précordiale. Cette méthode a également donné de bons résultats au docteur Paul Richer.

Les onze observations publiées par M. Paul Gros, en corroborant l'opinion de M. Marie qui regarde le tremblement comme constant dans la maladie de Basedow, autorisent l'auteur à émettre l'avis que tous les appareils de l'organisme humain peuvent être atteints dans cette maladie. Pour lui, le nervosisme est la principale cause de l'affection qui se déclare, en général, à la suite d'émotions physiques ou morales vives. La plupart des malades ont en effet un facies spécial qui frappe au premier abord et qui permet parfois de faire le diagnostic à distance. Dans une des observations rapportées par M. Gros, on a constaté l'existence de la migraine ophthalmique et du vertige de Ménière qui ont déjà été signalés dans l'ataxie locomotrice.

Enfin l'étiologie, le nombre et la variabilité des symptômes cliniques, l'absence de lésions constantes vérifiées à l'autopsie, les relations intimes du goître exophthalmique avec les autres névroses, tout, jusqu'à la rareté relative de cette affection dans le sexe masculin, semble permettre à M. Gros et le justifier de regarder cette affection comme une névrose générale analogue à l'hystérie.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

(1) Thèse inaugurale. Paris, 1882.
(2) Revue de médecine, avril 1883.

FORMULAIRE

Injections au sublimé contre l'arthrite blennorrhagique.

Le professeur Vogt (de Greifswald) a employé avec succès, dans trois cas d'arthrite blennorrhagique rebelle, le traitement suivant:

tous les trois jours, il injectait en différentes parties de la jointure malade la valeur de trois ou cinq seringues de Pravaz d'une solution forte de sublimé dont voici la formule :

Rec. Bichlorure de mercure. 1 décigramme.
Chlorure de sodium.... 1 gramme.
Eau distillée.......... 50 —

M. s. a. La quantité de sublimé injectée à chaque séance s'élevait donc jusqu'à 1 centigramme. Les séances étaient répétées tous les trois jours.

Traitement consécutif par le massage et la gymnastique méthodique. (CENTRALBLATT FÜR CHIRURGIE, 1884, no 34.)

INJECTIONS D'ESSENCE DE TÉRÉBENTHINE DANS LE TRAITEMENT DES TUMEURS MALIGNES.

Le professeur Vogt a également obtenu la disparition partielle ou totale de tumeurs malignes (carcinomes, sarcomes) en injectant dans la masse du néoplasme la valeur d'une demi-seringue de Pravaz d'une émulsion composée de :

Essence de térébenthine.......... 1 partie.
Alcool.......................... 1 ou 2 parties.

M. s. a. Ces injections développent une réaction locale sous forme d'une rougeur érysipélateuse avec tuméfaction douloureuse de la peau, et une réaction générale se traduisant par de la fièvre (température vespérale jusqu'à 39°,5), le tout durant huit jours. (CENTRALBLATT FÜR CHIRURGIE, 1884, no 605.)

E. R.

BULLETIN

LA CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS.

La Caisse des pensions de retraite du corps médical français est définitivement fondée. Ainsi que nous l'avions annoncé dans l'avant-dernier numéro de la GAZETTE MÉDICALE, une Assemblée générale des adhérents a eu lieu à Paris dimanche dernier. Après un exposé de la situation, M. Lande a donné lecture du projet de statuts qui a été soumis, article par article, aux délibérations de l'Assemblée.

L'article premier a failli soulever un orage. Il posait la question de savoir si les médecins étrangers, munis du diplôme de docteur d'une Faculté française et exerçant en France, seraient admis à participer à la Caisse des pensions de retraite. La discussion était d'autant plus délicate que deux honorables médecins étrangers, dont l'un avait servi dans nos ambulances pendant la guerre de 1870, avaient envoyé leur adhésion et assistaient à la séance. Ecartant toute application personnelle et toute idée de politique ou de chauvinisme, la majorité de l'Assemblée a pensé qu'une caisse de famille comme celle des pensions de retraite du corps médical français ne devait admettre que des nationaux ou des étrangers naturalisés Français. Les médecins étrangers, devenus Français d'intérêt et de cœur, qui voudront faire partie de l'Association, n'auront donc qu'à se faire naturaliser.

Les autres articles ont été successivement discutés et adoptés avec ou sans amendements. L'ensemble des statuts a été voté à l'unanimité.

On sait que la Caisse des pensions de retraite est gérée par un Comité directeur, sous la surveillance d'un Conseil de censeurs. Le Comité directeur se compose de sept membres, le Conseil des censeurs de dix-huit membres, dont la moitié au moins doit se recruter dans les départements. Le Comité directeur et le Conseil des censeurs forment le Conseil général de l'œuvre, qui se réunit au moins une fois par an, et qui a pour attribution spéciale de statuer sur les cas litigieux et les questions personnelles qu'il y aurait inconvénient à soumettre à l'Assemblée générale.

La gestion, le contrôle, la sauvegarde des intérêts moraux de l'œuvre sont ainsi assurés par les trois comités ou conseils qui précèdent. L'Assemblée générale annuelle nomme les membres de ces conseils, entend leurs rapports, en particulier celui du trésorier, arrête le bilan de la caisse et décide d'une façon souveraine sur toutes les questions non prévues par les statuts.

Cette organisation est très simple. En pénétrant dans les détails des statuts, il est facile de se convaincre qu'elle répond à toutes les exigences et présente toutes les garanties.

Après l'adoption des statuts, l'Assemblée a procédé à l'élection des membres du Comité directeur et du Conseil des censeurs. Ont été élus, pour le Comité directeur :

Président, M. Dujardin-Beaumetz ;
Vice-Président, M. Henri Huchard ;
Secrétaire général, M. Lande ;
Secrétaire, M. Delefosse ;
Trésorier, M. Verdalle ;
Contrôleurs, MM. Barat-Dulaurier et Maurat.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ remercie ses collègues de l'honneur qu'ils lui font en l'appelant à présider le premier la *Caisse des pensions de retraite*, qu'il déclare constituée, dont la prospérité est assurée, et dont il prévoit dans l'avenir les grands bienfaits pour le corps médical. Il propose de voter des remerciments aux deux confrères qui, par leurs études, leur propagande, leurs constants efforts, ont le plus contribué à la fondation de l'œuvre, MM. Lande et Cézilly. Ces remerciments, bien mérités, sont votés à l'unanimité, et l'on associe aux noms de MM. Lande et Cézilly celui du mathématicien qui a prêté son concours à M. Lande pour établir tous les calculs relatifs aux primes et aux pensions, et ceux de MM. Schœnfeld et Martin, de la Caisse des pensions du corps médical belge, qui ont mis obligeamment le fruit de leur expérience déjà longue au service des promoteurs de la Caisse française. Un télégramme est adressé à ces honorables confrères pour leur annoncer la constitution définitive de la Caisse des pensions du corps médical français et leur transmettre les remerciments de l'Assemblée.

Ont été nommés membres du Conseil des censeurs : MM. Cézilly (Paris), Marguerite (Le Havre), de Ranse (Paris), Ducosté (Eure), Monin (Paris), Ordonneau (Vendée), Landur (Paris), Bigourdan (Eure), Rousseau (Seine-et-Marne), Petit (Paris), Millet (Oise), Mignen (Vendée), Maussire (Haute-Saône), Dard (Meurthe-et-Moselle), Saint-Philippe (Bordeaux), Wurtz (Oise), Smils (Seine-et-Marne), Bardy (Belfort).

Le Conseil des censeurs a procédé immédiatement à la nomination de son bureau qui est ainsi composé :

Président, M. Cézilly ;
Vice-président, M. de Ranse ;
Secrétaire, M. Monin.

Le Comité directeur s'est réuni à son tour pour arrêter le programme de ses premiers travaux.

Dr F. DE RANSE.

NOTES & INFORMATIONS

Choléra

Le choléra a à peu près disparu en France. Le nouveau foyer signalé récemment à Yport, où l'on a compté une dizaine de cas et cinq décès, restera, il faut l'espérer, localisé et s'éteindra sur place.

En Algérie, quelques cas se montrent encore à Oran, mais l'état sanitaire des divers lazarets est des plus satisfaisants.

En Italie, la recrudescence de l'épidémie signalée à Naples s'est arrêtée et le chiffre des décès, comme celui des cas nouveaux, tend à baisser considérablement; ces chiffres n'étaient plus, au 21 octobre, que 28 pour les nouveaux cas et 13 pour les décès. On a relevé encore quelques rares cas à Gênes et à Salerne.

L'épidémie touche donc partout à sa fin, et nous nous félicitons de n'avoir plus à en faire désormais la chronique hebdomadaire.

***

Projet d'un ordre des médecins. — Le promoteur de ce projet dont nous avons déjà parlé, M. le docteur Surmay, vient de le présenter à l'Association des médecins de l'arrondissement de Saint-Quentin, dont il invoque le patronage. Voici le texte de sa proposition :

« L'Association des médecins de l'arrondissement de St-Quentin,

« Considérant que, depuis la suppression de l'ancienne Faculté de médecine, la profession médicale manque d'une constitution qui, au regard de la société, est une garantie d'honorabilité et de moralité aussi nécessaire que le savoir lui-même au bon exercice d'une profession dont la société attend le plus précieux de tous les services, — et, au regard de la profession médicale, est une sauvegarde efficace de ses intérêts moraux et matériels ;

« Que les médecins n'ont cessé de réclamer sous diverses formes le rétablissement d'une pareille institution ;

« Qu'ainsi sont nées les associations de prévoyance et de secours mutuels entre médecins et plus tard les syndicats ;

« Que les associations, tout en étant la moralisation et la protection en même temps que l'assistance, n'ont de ferme efficacité qu'en matière d'assistance ;

« Que les syndicats, s'ils se bornent à poursuivre seulement la satisfaction des intérêts matériels de la profession, s'exposent à l'abaisser au lieu de la relever, et s'ils ont en vue également les intérêts moraux, font double emploi avec les associations et n'y réussiront pas mieux qu'elles ;

« Que, par la concurrence que la nouvelle loi sur les syndicats professionnels leur permettra de faire aux associations, ils sèmeront la désunion dans le corps médical et contribueront ainsi à son amoindrissement ;

« Que la cause de cette impuissance des associations et des syndicats en matière de moralisation réside dans l'absence d'obligation et de sanction légales ;

« Que le même défaut d'obligation et de sanction légales ne donne qu'une autorité précaire et à peu près illusoire aux résolutions et décisions des associations et des syndicats en matière d'intérêts matériels ;

« Que les intérêts moraux de la profession ne peuvent obtenir entière satisfaction que d'une autorité légale, autonome et souveraine ;

« Qu'il en est de même des intérêts matériels, pour lesquels cette autorité autonome serait, dans des limites déterminées par la loi, une juridiction spéciale ;

« Emet le vœu,

« Qu'il soit institué un ordre des médecins représenté par des chambres médicales d'arrondissement élues et par un Conseil général de l'ordre également élu, et qu'à cette institution soit déléguée par la loi une autorité souveraine sur tout ce qui concerne l'honneur et la dignité professionnelle et les rapports des médecins entre eux, autorité allant jusqu'au pouvoir d'interdire l'exercice de la médecine et renfermée dans des limites déterminées par la loi en ce qui regarde les intérêts matériels dans leurs rapports avec le public. »

R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie. — On annonce la mort du docteur John Netten Radcliffe. Le docteur Radcliffe était l'un des hygiénistes les plus distingués de l'Angleterre. Il a fait de nombreuses recherches sur le choléra à propos des épidémies de Turquie (1875), de Londres (1865).

— Nous apprenons également la mort de M. le docteur Jossoma, de Perpignan ; de M. le docteur Sebastiano Russo, de Nice ; de M. le docteur Malbaire, d'Econché (Orne) ; de M. le docteur Millard, père du docteur Millard, médecin de l'hôpital Beaujon ; de M. le docteur Carré, et de M. le docteur Girard de Cailleux, ancien inspecteur général du service des aliénés.

***

Un nouvel enseignement pratique de l'anatomie pathologique à l'Hôtel-Dieu. — La Faculté de médecine a décidé, sur la proposition de MM. les professeurs Cornil et Germain Sée, que les autopsies du service de clinique médicale seraient faites par le professeur d'anatomie pathologique, à l'Hôtel-Dieu, dans l'amphithéâtre Bichat.

Des autopsies seront donc faites par M. Cornil devant les élèves, à l'Hôtel-Dieu, tous les jours à dix heures du matin et à la sortie de la clinique médicale, les jours de clinique.

***

Comité consultatif d'hygiène publique. — Dans sa dernière séance, le Comité consultatif d'hygiène publique de France, sur le rapport de M. le docteur Bergeron, a décidé de présenter à la nomination du ministre du commerce, pour remplir les fonctions d'auditeurs, MM. Grancher, Napias, A.-J. Martin et du Mesnil.

***

— Un concours pour une bourse de voyage, à décerner parmi les internes en médecine des asiles d'aliénés du département de la Seine, aura lieu le mardi 4 novembre prochain.

Le jury dudit concours se composera de MM. Th. Anger, Bigot, Charpentier, Dagonet, Magnan, Moizard et A. Voisin.

***

Faculté de médecine de Nancy. — M. Garnier, agrégé, est maintenu, pendant l'année scolaire 1884-1885, dans les fonctions de chargé du cours de chimie médicale et toxicologie à ladite Faculté ; M. Macé, agrégé, dans celles de chargé du cours de botanique et d'histoire naturelle médicale ; M. Baraban, agrégé, dans celles de chargé du cours d'histologie. Un concours pour une place de médecin des hôpitaux s'ouvrira le 2 mars 1885.

Société médicale d'Amiens. — Un concours est ouvert par la Société médicale d'Amiens. Le sujet à traiter est : *De l'influence de l'alcoolisme sur les maladies aiguës.*

Les mémoires doivent être adressés franco à M le docteur Bax rue Porte-Paris, n° 15.

***

Enseignement médical libre. — *Maladies des oreilles, du nez et du larynx.* — M. le docteur Baratoux, 17, rue Séguier. Examen des malades et exercices pratiques les mardis et samedis, de quatre à six heures.

— Le docteur Chéron, médecin de Saint-Lazare, reprendra ses leçons cliniques, 9, rue de Savoie, le lundi 3 novembre 1884, à une heure, et les continuera les lundis suivants à la même heure.

— M. le docteur Péan, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, reprendra ses leçons cliniques et le cours de ses opérations, le samedi 25 octobre, à neuf heures, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 10 AU JEUDI 16 OCTOBRE 1884.

Fièvre typhoïde 15. — Variole 1. — Rougeole 19. — Scarlatine 0. — Coqueluche 2. — Dipthérie, croup 31. — Dysentérie 1. — Erysipèle 5. — Infections puerpérales 7. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 35. — Phthisie pulmonaire 218. — Autres tuberculoses 11. — Autres affections générales 53. — Malformation et débilité des âges extrêmes 52. — Bronchite aiguë 19. — Pneumonie 52. — Athrepsie gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 39, — au sein et mixte 36. — Inconnu 5. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 93. — de l'appareil circulatoire 63. — de l'appareil respiratoire 77. — de l'appareil digestif 62. — de l'appareil génito-urinaire 25. — de la peau et du tissu lamineux 5. — des os, articulations et muscles 3. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 3. — Epuisement 0. — Causes non définies 1. — Morts violentes 34. — Causes non classées 6. — Total de la semaine : 969 décés.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

DU CANCER PRÉCOCE DE L'ESTOMAC, par le docteur Marc Mathieu, ancien interne des hôpitaux. Paris, 1884, gr. in-8 de 148 pages. — Prix : 3 fr. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

LES MALADIES CHRONIQUES DE LA GORGE ET DE LA VOIX, hygiène et traitement, par le docteur Farges. Un vol. in-8. — Prix : 2 fr. — Librairie Félix Alcan, successeur de Germer-Baillière et Cie, 108, boulevard Saint-Germain, Paris.

HISTOIRE DE LA FIÈVRE JAUNE AU BRÉSIL, par Edmond Gouy, docteur en médecine de la Faculté de Paris. Paris, 1884, gr. in-8 de 107 pages. — Prix : 2 fr. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

DES RAPPORTS DE L'HYSTÉRIE AVEC LES DIATHÈSES SCROFULEUSE ET TUBERCULEUSE, par le docteur J. Grasset, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier. 1 vol. in-8 de 80 pages. — A la librairie Camille Coulet, 5, Grande-Rue, à Montpellier, et à la librairie Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

PROPHYLAXIE ET GÉOGRAPHIE MÉDICALE DES PRINCIPALES MALADIES TRIBUTAIRES DE L'HYGIÈNE, par Léon Poincaré, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Nancy, avec 24 cartes en couleurs intercalées dans le texte, 1 vol. gr. in-8, broché. — Prix : 12 fr. — G. Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

LA LUTTE CONTRE LE CHOLÉRA, par H. Hanhart, in-8 de 8 pages. — Prix : 50 centimes. — Paris, 1884, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie BD. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart, Paris.

55e année. 7e série. Tome Ier. N° 44 1er NOVEMBRE 1884

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

CLINIQUE MÉDICALE

LA PLEURÉSIE TUBERCULEUSE PHTHISIOGÈNE D'EMBLÉE. Conférence faite à l'hôpital de la Croix-Rousse, le 2 avril 1884, par le professeur J. RENAUT ; recueillie par M. LECLERC, interne du service.

I

Messieurs,

Lorain disait : « La phthisie pulmonaire est bien davantage une succession de pleurésies qu'une succession d'inflammations pulmonaires, de pneumonies partielles et répétées comme le voulait Louis ». En s'exprimant ainsi, mon éminent maître ne prétendait pas retirer à l'inflammation pulmonaire son rôle évident, incontestable, dans l'évolution du processus tuberculeux au sein du poumon; il entendait seulement par là que la tuberculose pulmonaire parle aussi souvent, et parfois plus haut et plus vite, à l'oreille du clinicien, par la pleurésie d'une certaine forme, que par les réactions inflammatoires du parenchyme pulmonaire : le plus ordinairement sourdes et latentes jusqu'à un certain stade, et qui n'éclatent que tardivement, quand tout est perdu. Pour Lorain, les assauts successifs de pleurésie chez un même individu constituaient les prolégomènes évidents d'une tuberculisation déjà commencée, mais ne devant s'affirmer positivement que plus tard : soit dans un terme éloigné, soit à échéance brève. En cela, d'ailleurs, il était d'accord avec l'observation traditionnelle. D'une manière générale, une pleurésie, développée chez un individu qui n'est ni rhumatisant, ni albuminurique, ni placé sous l'influence actuelle d'une pyrexie ou d'une septicémie bénigne à déterminations séreuses multiples et mobiles, devient suspecte si elle se prolonge, se résout mal. Si elle récidive du côté opposé, ou du même côté, après quelques mois ou quelques années même, elle est diathésique presque fatalement. Comme, en clinique, on doit toujours diagnostiquer suivant la règle, on doit aussi véhémentement soupçonner la pleurésie d'être d'origine tuberculeuse en de telles conditions.

On est allé plus loin : dans ces derniers temps, l'existence de la pleurésie franche, non diabétique, *rhumatismale*, c'est-à-dire développée sous l'action du froid subit, par une sorte de mouvement fluxionnaire, en quelque sorte traumatique, tel que l'entendaient les anciens ; l'existence de cette sorte de pleurésie a été mise sérieusement en doute. Vous trouverez nombre de cliniciens distingués pour lesquels toute pleurésie non symptomatique du rhumatisme, de l'albuminurie, des fièvres ou des septicémies diverses, est, quelle qu'ait été la franchise de son évolution, une manifestation de la tuberculose pulmonaire. Je me hâte de dire que c'est là non seulement une exagération, mais une erreur. Je ne compte plus les cas où je me suis trouvé, à l'amphithéâtre, en présence d'épanchements pleurétiques abondants, ayant déterminé la mort avec toutes les lésions ordinaires des inflammations pleurales suraiguës, et dans lesquels l'examen le plus attentif ne m'a pas permis, à moi histologiste de profession, de reconnaître un seul tubercule en état d'évolution actuelle soit dans le parenchyme pulmonaire, soit dans la plèvre lésée. Or vous savez que l'édification tuberculeuse est si typique que, même en dehors de la forme nodulaire, de la *granulation*, elle imprime à l'inflammation diathésique qui en est l'expression réactionnelle un caractère positif, qu'il est impossible à un anatomiste exercé de méconnaître.

Il existe donc des pleurésies non diathésiques. Il en existe d'autres qui, chez des individus sains en apparence, et qu'*à priori* l'on ne saurait guère sans cela soupçonner de tuberculose, sont des expressions manifestes, et précoces surtout, de l'envahissement de l'organisme par le poison tuberculeux : poison vivant, dont les manières d'être (bacille, zoogloeas), dont les modes d'insertion sont multiples, et qui alors envahit sinon primitivement les plèvres, du moins manifeste sa présence par des réactions dominantes ayant pour siége ces deux séreuses conjuguées. Comment se comporte une telle pleurésie, et comment le médecin peut-il, par une analyse exacte et par des signes positifs, en reconnaître la nature diathésique ? — Tel est, messieurs, l'objet de cette conférence, dans laquelle je n'ai pas d'ailleurs la prétention injustifiable d'épuiser le sujet. Je serai heureux seulement si, par quelques exemples, je parviens à vous bien faire saisir les allures générales de la pleurésie tuberculeuse, et surtout de celle qui, ouvrant immédiatement ou à terme court la marche de la phthisie, mériterait peut-être pour cette raison de recevoir le nom de *pleurésie tuberculeuse phthisiogène d'emblée*, que je me hasarde à lui donner.

II

Au no 36 de notre salle Sainte-Blandine est couchée une femme de soixante-quatre ans, exerçant la profession de domestique. Cette femme entra dans le service il y a moins de quatre mois, le 13 janvier 1884, vierge pour ainsi dire de tout accident morbide antérieur. A peine a-t-elle un peu toussé pendant le dernier hiver, sans jamais cracher de sang, ni maigrir, ni présenter de malaise d'aucune sorte. Le 1er janvier 1884, au milieu d'un travail pénible qui l'échauffe, elle se refroidit subitement, alors qu'elle était couverte d'une sueur profuse. Elle ressent peu après une courbature vague, sans frisson ni point de côté. Bientôt elle se sent essoufflée, elle tousse par intervalles, d'une toux quintense sans expectora-

tion ; la fièvre s'allume, devient continue, la malade entre à l'hôpital.

Cette femme avait une pleurésie droite considérable, accusée par les signes classiques sur lesquels je n'insisterai pas. L'épanchement abondant remontait jusqu'au quatrième espace intercostal ; au-dessous, ni les inspirations très amples, ni la toux ne faisaient naître aucun râle intra-pulmonaire ; au-dessus, la percussion indiquait le skodisme ordinaire ; mais hors de là aucun bruit anomal. La respiration était normale dans tout le côté gauche, y *compris le sommet;* bref, nous étions en présence d'une pleurésie en apparence franche, avec un très abondant épanchement, et suffisamment motivée par les circonstances dans lesquelles elle avait pris naissance. La température fébrile se maintenait entre 39°,5 et 40°, la rémission matinale étant régulière et d'environ 1°.

La patiente, amaigrie, extrêmement dolente et s'alimentant peu, bien entendu, dans cet état fébrile continu, garda pendant *vingt-cinq jours* son épanchement à peu près invariable. Le 25 janvier, nous soumîmes en pleine fièvre cet épanchement fixe à une épreuve assez hardie : *2 gr. de caféine* furent donnés en potion et pris en un nycthémère. Le lendemain même, au milieu de phénomènes d'intoxication légers, une énorme diurèse s'était produite et l'épanchement avait presque absolument disparu. Ce fait était à la fois, messieurs, insolite et instructif. Vous savez que, durant la période de fièvre, c'est-à-dire pendant que subsiste encore l'activité pleine et entière du processus pleurétique, l'action thérapeutique sur les épanchements pleuraux se réduit d'ordinaire à la nullité. Chez notre malade, la fièvre se maintenait, le liquide ayant disparu presque absolument, de façon qu'on entendait à peine un peu de souffle à l'épine de l'omoplate et que du haut en bas apparaissaient les frottements de retour. Nous cherchâmes alors avec persistance la cause du maintien de la fièvre et des phénomènes généraux en présence d'une amélioration locale si positive. A vrai dire, nous soupçonnions déjà la nature tuberculeuse de la phlegmasie pleurale, sans en trouver la démonstration dans les signes locaux, lorsque, trois semaines passées après le début du mal, le 3 mars, nous constatâmes enfin au sommet gauche les signes positifs d'une induration tuberculeuse : souffle expiratoire, pectoriloquie aphone, craquements secs et humides caractéristiques. En même temps, l'amaigrissement s'accentuait, les ongles devenaient hippocratiques, des sueurs nocturnes partielles fatiguaient la malade, qui cependant ne crachait presque pas, ou rendait quelques mucosités sans caractère. En moins d'un mois, une femme atteinte d'une pleurésie en apparence franche était de la sorte conduite, de la pleine santé apparente, au début d'une phthisie chronique, à laquelle je puis dire d'ores et déjà qu'elle succombera, et ceci d'une manière fatale (1).

Mais, messieurs, dans ce cas particulier, je dois vous avouer que je ne sais ni quand ni comment se produira la terminaison mortelle. La pleurésie est-elle éteinte ? récidivera-t-elle ? quelle sera son influence ultérieure sur l'évolution des lésions constatées au sommet du poumon ? Autant de questions que l'avenir seul résoudra. Nous avons en effet affaire ici à une pleurésie manifestement tuberculeuse, désignée comme telle par sa longue période de fièvre, la disparition insolite de l'épanchement sous l'influence d'un effort médicamenteux qui, dans les cas ordinaires, n'a point un tel résultat, enfin caractérisée par la naissance, au sommet opposé, de signes positifs de tuberculose. Une telle pleurésie, sous cette forme, n'indique rien quant à la marche ultérieure de la phthisie. Nous avons peut-être affaire à *l'inflammation pleurale phthisiogène subaiguë*, reconnue depuis longtemps par Grisolle, par Trousseau, et que je désignerais volontiers sous le nom de *pleurésie phthisiogène à terme*, pour la distinguer de la forme autrement caractéristique que je vais maintenant vous décrire.

III

La jeune malade que je vous présente, Reverd... (Eugénie) est âgée de 16 ans ; nièce d'une tuberculeuse, elle porta longtemps un engorgement ganglionnaire cervical et double, qui d'ailleurs n'a pas laissé de traces actuelles. Sauf une coqueluche sans incident et une scarlatine à l'âge de 12 ans, cette jeune fille n'a point présenté jusqu'ici de maladies graves. Cependant, vouée à l'anémie par sa profession de repasseuse, elle a dû faire un séjour de deux mois à la Charité, il y a maintenant plus d'un an. Il ne s'agissait pas, et j'appelle votre attention sur ce fait, d'une affection chlorotique, mais d'une anémie différant beaucoup, par ses caractères (de la *maladie virginale* de Varandal. Lorsque la malade entra pour la première fois dans le service, le 18 novembre 1883, elle était encore manifestement sous l'influence de cette anémie, avec un teint pâle, sans décoloration des muqueuses, sans teinte cireuse, sans bruit de diable dans les vaisseaux du cou constatable sans pression, à l'aide du stéthoscope à ventouse de Constantin Paul. Dans cet état, depuis plusieurs mois, la jeune fille avait perdu l'appétit, maigrissait et, bien que ne toussant et ne s'enrhumant jamais, elle éprouvait une sorte d'oppression générale des forces, elle s'essouffait parfois sans motif, à l'occasion du moindre travail un peu pénible ou du moindre effort. Les règles, ordinairement irrégulières, étaient devenues retardantes. Cette impuissance musculaire, accompagnant un léger degré d'anémie, et qui ressemble parfois singulièrement à l'asthénie typique des diabétiques et des malades atteints de néphrite interstitielle au début, constitue fréquemment, vous le savez, un syndrome précurseur de l'envahissement de l'organisme par le tubercule. Quand dans ces conditions se développe une pleurésie, les présomptions de tuberculisation s'accroissent d'autant plus que j'ai positivement remarqué que de tels prolégomènes sont la règle dans la tuberculisation pulmonaire à forme pleurale.

Le 12 novembre 1883, en effet, notre jeune malade était prise, sans cause appréciable, de courbature avec embarras gastrique marqué, puis d'un point de côté sous le sein gauche et qui dura deux jours, enfin de frissonnements passagers, mais non du frisson unique ou répété par intervalles que l'on observe si communément au début des pleurésies franches. Progressivement, la fièvre s'allumait, montait le 19 novembre à 40°,5 et prenait ensuite le type exact d'une rémittente quotidienne, donnant le matin 39° en moyenne et s'abaissant chaque soir d'un degré. La toux était sèche, quinteuse, avec une expectoration rare et muco-salivaire. L'épanchement pleurétique siégeait *à gauche* et occupait le tiers inférieur. La matité se terminait, en haut, par une ligne non pas régulièrement dessinée en arc, comme c'est la règle, mais plus ou moins

(1) La malade est morte depuis, après une série de récidives de l'épanchement qui céda trois fois à la caféine. Le poumon droit présentait des cavernes et au sommet du gauche existaient des lésions tuberculeuses limitées à tendance très manifestement fibroformative. Pendant toute la durée de la maladie, la fièvre ne céda pour ainsi dire pas.

irrégulière et complexe, signe sur lequel j'insiste à dessein, parce qu'on le retrouve presque constamment dans les pleurésies diathésiques de cette forme. De plus, la région sous-claviculaire donnant à la percussion un son skodique marqué, les vibrations thoraciques y étaient manifestement plus faibles qu'à droite. L'auscultation du sommet révélait en outre des signes très importants : tout d'abord de rares sibilances sous la clavicule, phénomène déjà insolite dans la pleurésie ; en second lien, un affaiblissement du murmure vésiculaire avec abaissement marqué du ton inspiratoire comparé à celui du côté opposé, ce qui est également contraire à la règle ; enfin, dans la fosse sus-claviculaire et sous la clavicule, existaient des râles bullaires irréguliers, de petits craquements secs d'une finesse extrême, que la toux ne déplaçait que peu ou pas. Bref, il existait manifestement des lésions commençantes du sommet; et, à ce niveau, il y avait un léger degré de pleurésie sèche, très différente de la pleurésie inférieure et séparée de cette dernière par une large zone de plèvre saine. En même temps, dans toute la hauteur du côté droit existaient des sibilances. L'affection thoracique était donc bilatérale : bronchite légère d'un côté, de l'autre *pleurésie* avec épanchement à la base, *pleurésie* sèche et extrêmement légère du sommet.

Les signes physiques de l'épanchement de la base gauche étaient eux-mêmes loin de se présenter à l'observateur avec leur régularité et surtout leurs *relations* ordinaires. J'entends par relations les rapports qui lient ordinairement le degré de matité, d'abolition des vibrations thoraciques, etc., avec le souffle et l'ægophonie par exemple, ou la pectoriloquie aphone. Dans ce cas, avec une matité et une abolition des vibrations absolues, le souffle était léger, de tonalité élevée et criarde, cantonné à l'angle de l'omoplate ; et au lieu d'ægophonie franche on ne trouvait qu'une faible voix *de jeton.* Par contre, l'auscultation de la voix basse révélait une pectoriloquie aphone extrêmement marquée. Dans un instant, je reviendrai sur la valeur du groupement des signes physiques et de leurs relations altérées dans la pleurésie phthisiogène; dans le cas particulier, les phénomènes observés à la fois au niveau de l'épanchement, au sommet et dans le côté opposé de la poitrine étaient néanmoins suffisants pour nous faire porter, à M. Leclerc et à moi, le diagnostic positif de *pleurésie tuberculeuse phthisiogène d'emblée.* Cependant la jeune malade sembla se rétablir. Deux mois après son entrée, le 18 janvier, elle sortait du service en état satisfaisant, ayant repris de l'appétit et de l'embonpoint ; la pleurésie gauche était effacée, laissant seulement de la submatité et une très grande obscurité du murmure vésiculaire à la base ; au sommet, les râles semblaient avoir complètement disparu.

Mais ce n'était là, messieurs, qu'une de ces rémissions temporaires que l'on pourrait appeler des *rémissions fausses,* et qui, du moins d'après mon observation, sont presque de règle dans les pleurésies symptomatiques de cette forme. Le 21 mars, deux mois après sa sortie, la malade revenait dans notre service. Elle n'avait pu reprendre son travail ; la toux n'avait pas cessé ; l'impuissance musculaire, l'anhélation étaient devenues constantes, et, lors de l'entrée, nous constations de nouveau une pleurésie de moyenne intensité, mais cette fois-ci localisée du *côté droit.* Très semblable par l'ensemble de ses signes à la précédente, cette pleurésie s'accompagnait, elle aussi, de complications au sommet. Sous la clavicule droite, tout à fait en dehors et dans la fosse sus-claviculaire, on entendait de temps à autre des bruits anomaux aux deux temps, augmentant d'intensité par la toux provoquée, et dont quelques-uns présentaient le caractère de craquements humides. Du *côté gauche,* siège de la première pleurésie, la submatité n'existait plus que dans le quart inférieur, mais sous la clavicule et surtout dans la fosse sus-claviculaire, de nombreux craquements humides indiquaient un foyer tuberculeux en voie de ramollissement et de vacuolation cavernuleuse. Cependant il n'y a pas encore aujourd'hui, à proprement parler, de cavernes formées ; la toux est toujours quinteuse et rare ; l'expectoration est peu abondante, visqueuse, muco-purulente, nummulaire avec un type particulier sur lequel je vais insister dans un instant.

Ainsi la malade est dûment phthisique. La phthisie du poumon gauche ayant été mise en train après une rémission de quelques semaines en apparence par la pleurésie du même côté ; celle du poumon droit ayant débuté de suite et étant parvenue rapidement à la période dégénérative, tandis que la pleurésie phthisiogène droite était encore en pleine activité. Cette jeune fille vous montre donc un exemple très net de la pleurésie phthisiogène devenant telle *en deux poussées,* l'une s'exerçant du côté gauche, le plus fréquemment atteint en premier lien, et induisant des pneumopathies tuberculeuses à terme très court, l'autre venant achever l'œuvre préparatoire de la première et ayant une action phthisiogène encore plus rapide. Ce mode de procéder est du reste assez vulgaire : il constitue un intermédiaire entre la pleurésie phthisiogène à terme et celle, d'un mode tout à fait suraigu, qui procède par une seule poussée, forme dont nous allons nous occuper maintenant. C'est la plus typique des pleurésies tuberculeuses ; c'est en conséquence celle qui nous doit servir pour l'étude des signes et des symptômes qui, là, acquièrent mieux que dans les autres formes une physionomie spéciale, impliquant la signification précise d'une variété morbide bien dégagée et partant reconnaissable au lit du malade.

(A suivre.) 530

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

CIRRHOSE HÉPATIQUE RÉCIDIVANTE CHEZ UN SYPHILITIQUE ; MORT ; AUTOPSIE, par P. DALCHÉ, interne des hôpitaux.

Le nommé Vax... (Joseph), âgé de 42 ans, entre le 1er septembre 1884 dans le service de M. Déjerine à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Thomas, n° 19.

Ce malade affirme n'avoir jamais été buveur, et dans ses antécédents on ne retrouve aucun des symptômes habituels de l'intoxication alcoolique.

En 1861, il a un chancre induré, suivi de plaques muqueuses et de syphilides cutanées constatées par M. Ricord. Ces manifestations de la vérole durent un an environ, et du jour de leur disparition le malade cesse tout traitement.

En 1871, au retour de la campagne de la Loire, il lui survient une anasarque dont il ne paraît pas avoir été fort gêné, car jamais il n'a cessé ses occupations ; sous l'influence du régime lacté, la guérison se fait en trois semaines.

Revenu à Paris au bout d'un an, il est pris de malaises ; ses membres sont raides ; il ne peut plus se plier. Trois mois après, son ventre grossit et sa figure devient jaune. Il entre alors en septembre 1872 à Saint-Antoine, dans le service de M. Gombault. Là on constate une ascite considérable, de l'œdème sus-malléolaire et une rate très grosse ; en même temps le malade ressent des

douleurs dans la région hépatique avec retentissement le long de la colonne vertébrale et sensation de barre abdominale; perte complète de l'appétit, dégoût des viandes, vomissements de sang. Pas d'albumine dans les urines. On le met au régime lacté et on lui donne par jour : iodure de potassium, 2 grammes; sirop de Gibert, 30 grammes. L'ictère dure six mois; au bout de sept mois, on ponctionne une première fois son ascite. En tout, il lui a été fait quatre ponctions qui ont laissé couler 38 litres. Sous l'influence du traitement, le liquide diminue graduellement, l'état général s'améliore, et treize mois après son entrée à Saint-Antoine le malade sort ayant encore dans l'abdomen cinq à six litres de liquide qui disparaissent petit à petit; il continue son traitement pendant six mois, puis reprend son travail et jouit d'une bonne santé, à part quelques intervalles de mauvais appétit. Depuis cette époque, il a eu trois enfants dont un est mort à l'âge de 5 ans et dont les deux autres se portent très bien.

Voilà environ un an, il a commencé à ressentir des maux de tête assez fréquents et à moucher du sang facilement, sans avoir cependant d'épistaxis véritable. Depuis deux mois, il maigrit et n'a plus aucun appétit, se plaint de petites douleurs lancinantes dans l'épigastre ou l'hypochondre droit. Il y a huit semaines, la figure est redevenue jaune; les jambes se sont œdématiées. Quinze jours après, le ventre s'est développé à son tour.

Le malade est alors entré dans le service de M. Lancereaux, à la Pitié, où on lui a donné de l'iodure de potassium; au bout de trois semaines, il a voulu sortir de l'hôpital; mais, s'affaiblissant de plus en plus, il a été obligé de venir à l'Hôtel-Dieu le 1er septembre.

C'est un homme amaigri, présentant un léger ictère généralisé et des veinosités sur les pommettes. L'abdomen est très développé et sur sa paroi œdématiée se voit une circulation collatérale supplémentaire. Le météorisme et un certain degré d'ascite rendent la percussion du foie et de la rate fort difficile; cependant la rate paraît grosse.

Les membres inférieurs et le scrotum sont extrêmement œdématiés et leur augmentation de volume est proportionnellement beaucoup plus considérable que celle du ventre.

Les urines, peu abondantes, ne contiennent pas les pigments de la bile ni de l'albumine; les selles sont colorées.

Rien à l'auscultation des poumons et du cœur.

Traitement. — Iodure de potassium, 4 grammes. Frictions mercurielles.

12 septembre. — Le dégoût pour les aliments est invincible; le malade se cachectise.

13 septembre. — Hématémèse très abondante.

14 septembre. — Nouvelle hématémèse des plus abondantes; l'ictère, qui avait diminué, devient foncé de nouveau. Pendant la nuit, délire, agitation.

15 septembre. — Mort.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, les intestins apparaissent agglutinés entre eux par des fausses membranes de péritonite adhésive abondantes surtout dans la moitié sus-ombilicale. En même temps, on constate de l'ascite. (L'œdème des membres inférieurs était dû à la compression de la veine-cave par une de ces brides.)

Le foie a contracté les adhérences les plus intimes avec les organes qui l'environnent; on le détache à grand'peine en emportant des lambeaux de diaphragme. Son poids est de 1,350 grammes; il est assez petit, granuleux, et ne présente aucune cicatrice.

La coupe est celle d'une cirrhose ordinaire.

Le tronc de la veine-porte est obstrué par un volumineux thrombus dont les ramifications pénètrent jusque dans l'intérieur du foie.

La rate, très grosse, dure à la coupe, pèse 550 grammes; elle a aussi avec les organes environnants des adhérences très résistantes dues à de la périsplénite.

Les reins sont augmentés de volume et pèsent ensemble 320 grammes.

Le cœur est flasque, légèrement graisseux, et pèse 250 grammes. Rien de particulier dans les autres organes.

Examen histologique du foie. — A un faible grossissement, on constate de la cirrhose annulaire; des espaces-portes considérablement élargis et remplis par du tissu conjonctif partent des bandes conjonctives qui englobent les lobules.

Les canaux biliaires ne sont augmentés ni en nombre ni en volume.

Un fort grossissement montre par places des noyaux embryonnaires jeunes; en quelques endroits, on voit de fines travées conjonctives pénétrer dans l'intérieur des lobules et gagner la veine sus-hépatique. Par points, de nombreuses cellules du foie ont subi la dégénérescence graisseuse. De plus, endophlébite des veines-portes.

Ainsi donc, si nous nous en tenons à la constatation anatomique, nous n'avons rien trouvé qui nous permette d'affirmer la syphilis hépatique; le foie était petit, granuleux, et il n'existait à sa surface ni sillon ni cicatrice spécifique; rien qui puisse rappeler une gomme. Le microscope faisait voir les lésions d'une cirrhose bi-veineuse ne différant pas de la cirrhose alcoolique. Et cependant, lorsqu'on examine la marche de l'affection, il est bien difficile de ne pas songer à la vérole: à l'époque où surviennent les accidents tertiaires, une première atteinte fort sérieuse est guérie par l'iodure de potassium et le mercure; puis, après un intervalle de onze années, rechute suivie rapidement de mort. Si l'on ne veut pas admettre une syphilis infiltrée du foie, il faut aussi reconnaître que cette évolution est bien singulière pour une cirrhose ordinaire. Les récidives dans la syphilis hépatique sont rares, mais elles existent et elles sont habituellement fort graves.

M. Lacombe les signale dans sa thèse : « Au lieu de suivre une marche progressive et continue, les accidents s'arrêtent par un traitement approprié; puis, au bout d'un certain temps, *variable de quelques mois à plusieurs années*, ils reparaissent sous la même forme, mais plus difficiles à conjurer. Quélet, M. Leudet, citent des faits de ce genre, et Frerichs rapporte l'histoire d'un jeune négociant chez lequel deux récidives successives accompagnées des désordres les plus graves cédèrent au traitement. » Remarquons toutefois que l'intervalle entre les deux atteintes est rarement aussi long que chez notre sujet.

Chez le malade de Frerichs, l'affection évolua dans l'espace de quelques mois.

Dans l'observation de Quélet, récidive deux après la première attaque.

Observation de M. Leudet (Archives de médecine, 1866). Première atteinte; trois ans après le chancre; deux ans après, nouvelle atteinte.

Enfin, dans la thèse de M. Lacombe, première attaque et double récidive, le tout dans l'espace de trois ans.

REVUE CRITIQUE

De la pneumotomie

Suite et fin. — Voir le numéro 43.

II.

Les cas pour lesquels on a pratiqué jusqu'ici la pneumotomie peuvent se répartir en trois groupes :

1o Incision et drainage des cavernes pulmonaires chez des phthisiques;

2o Ouverture de cavités bronchectasiques chez des sujets non tuberculeux;

3o Ouverture de collections limitées, telles qu'abcès simples ou gangréneux, kystes hydatiques, en dehors de toute lésion organique du poumon.

La première série est de beaucoup la plus nombreuse; elle représente les trois quarts des observations publiées. Inutile d'ajouter qu'on ne compte aucun succès. Nous lisons bien, à la fin des observations, qu'il y eut une amélioration plus ou moins marquée, caractérisée par la diminution de la fièvre, de l'expectoration, mais nous voyons, à côté, des accidents d'hémoptysie et finalement on peut se demander si les avantages compensent les inconvénients et les dangers de l'opération. Ces améliorations passagères auraient pu, ce semble, être obtenues par des moyens beaucoup plus inoffensifs, par un traitement purement médical. Ce n'est cependant pas l'avis qui semble avoir prévalu au sein de la «Royal med. chir. Society» de Londres. Dans la discussion qui a eu lieu au mois de mai dernier, à propos de la lecture des travaux de Cayley et de Biss, le docteur Powell estimait que les dangers de l'opération ne dépassaient pas ceux que crée la maladie elle-même. Divers opérateurs jugent également qu'il y a plus de danger pour la vie du malade à laisser dans une cavité pulmonaire des débris caséeux, irritants, chargés de bactéries qui peuvent multiplier les foyers contagieux.

En 1874, Koch se prononçait très carrément pour l'intervention:

« Comme condition de l'ouverture des cavernes, j'indiquerai seulement l'agglutination des deux feuillets de la plèvre. La situation de la caverne à une profondeur plus ou moins considérable présente peu d'importance depuis que nous savons combien il y a peu de danger à léser le tissu pulmonaire interposé. Cependant il me semble qu'on peut concevoir plus d'espoir d'un bon résultat quand il s'agit de parties très superficielles et en second lieu quand les matières, renfermées dans la caverne, sont si irritantes qu'elles suffisent à entretenir une toux accablante et une fièvre de résorption dangereuse. D'autre part, des hémorrhagies provenant des parties ulcérées peuvent affaiblir considérablement le malade. Un traitement direct peut seul alors les réprimer. Quand la phtisie est généralisée, ce serait assurément une entreprise irrationnelle que de vouloir la combattre au moyen d'une action locale.

« Mais dans le cas de phtisie locale, je vais jusqu'à dire qu'on peut détruire le parenchyme atteint en se servant du galvano-cautère, après avoir eu soin d'établir l'adhérence intime des deux feuillets de la plèvre. »

On ne saurait être plus catégorique. Il ne nous semble pas que le siége superficiel des cavernes, l'adhérence des feuillets pleuraux, l'absence d'altérations trop avancées du reste du poumon, l'innocuité de ponctions chez des lapins puissent être regardées comme indications suffisantes pour justifier pareille intervention dans la phtisie. Quand la caverne est grande, il y a bien des chances pour que les poumons en contiennent d'autres plus petites ou soient farcis de tubercules à divers degrés d'évolution. Dans ce cas, quel bénéfice retirera le malade? La diminution de la fièvre? Mais est-elle due à la présence de ce seul foyer? Ne résulte-t-elle pas de la généralisation de la tuberculose? — La diminution de la toux, de l'expectoration? Mais la thérapeutique, si elle est impuissante à détruire le mal, n'est pas désarmée pour le soulager, et ces améliorations passagères peuvent être obtenues par des moyens palliatifs moins héroïques et moins redoutables.

D'autre part, il n'est pas toujours si facile de déterminer les limites précises d'une cavité intra-pulmonaire. Si superficielle qu'elle soit, le diagnostic, non pas de la lésion, mais de la configuration, de l'étendue de cette lésion, est délicat pour l'oreille la plus exercée. Radek croyait faire un empyème, quand il ouvrit un abcès pulmonaire. Bull a pris pour une caverne un pneumothorax limité. Nous voyons des chirurgiens fort habiles, assistés de médecins rompus aux finesses de l'auscultation, faire une, deux ponctions (obs. de Godlee, Marshall), sans rencontrer le foyer cavitaire. C'est cette difficulté de délimiter exactement les cavernes, autant que la nature de la maladie, qui conduit Rühle (Congrès de méd. allemand, 1883) à rejeter toute intervention chirurgicale chez les phtisiques.

L'opération elle-même ne saurait être regardée comme d'une simplicité élémentaire. Pour ne parler que de la ponction, des hémoptysies sérieuses en ont été la suite (Pepper, Mosler, Hartings). Des expériences de Fraenkel nous apprennent qu'il se fait de petites hémorragies, quelquefois de véritables infarctus, au sein du parenchyme pulmonaire. A la suite des injections phéniquées, on trouvait des noyaux durs d'hépatisation. Si, au lieu de simple piqûre, on incise le poumon, les dangers deviennent plus sérieux. Marshall fut obligé de tamponner la plaie pour arrêter une hémorragie abondante. C'est dans le but de pallier en partie à ces inconvénients que Mosler a rejeté le bistouri pour se servir du thermocautère.

En examinant scrupuleusement et sans parti pris les observations, on ne saurait dire que les malades ont éprouvé du fait de l'intervention un soulagement réel, bien marqué. La maladie a suivi son cours. Il serait exagéré d'avancer que le traumatisme ait précipité l'évolution de la maladie et aggravé la situation des patients; dans deux ou trois cas cependant, on serait tenté d'admettre cette opinion. Quoi qu'il en soit, on arrive à cette conclusion que la pneumotomie (ponction ou incision suivie de drainage) ne peut être d'aucun secours dans la tuberculose pulmonaire et doit être rejetée.

Comme le dit James Hutchinson, si l'opération avait été avantageuse pour les malades, elle ne fût pas, à trois ou quatre reprises, tombée dans l'oubli.

Je serais disposé à conclure de la même façon pour le deuxième groupe d'observations. Il y a quelques années, on n'eût pas hésité; aujourd'hui, le diagnostic précis de dilatations bronchiques, sans tare tuberculeuse, est possible. La présence ou l'absence de bactéries dans les produits de l'expectoration permet de trancher cette question délicate. Mais s'il ne s'agit plus d'une maladie constitutionnelle, à terminaison à peu près fatale, le cas n'est pas moins embarrassant; une bronchectasie arrivée au degré de former de véritables cavernes n'est pas limitée à un seul point du ou des poumons. En vidant le foyer principal, fera-t-on disparaître la maladie? Dans les observations de Mosler, Marshall, où l'on avait pratiqué le drainage d'une caverne de ce genre, on reconnut à l'autopsie de nombreuses dilatations et cavités bronchiques. Le malade de Biss, opéré par Marshall (MED. TIMES, 31 mai 1884) toussait depuis six mois et n'était pas tuberculeux. On diagnostiqua un abcès de la base du poumon avec dilatations bronchiques. Une ponction explo-

ratrice ne donne rien. La fièvre survient. M. Marshall ouvre alors la paroi thoracique et, la plèvre mise à nu, enfonce un trocart à quatre pouces (*four inches*) 10 centim. de profondeur et donne issue à un peu de pus teinté de sang et à des bouffées d'air fétide. Vingt jours plus tard, le malade meurt des suites d'un abcès cérébral et on trouve un grand nombre de cavités bronchectasiques dans le poumon droit, deux abcès dans le cerveau. Le poumon gauche était sain; il n'y avait pas de tubercules.

On peut opposer à cette observation le succès obtenu tout récemment par Lauenstein, succès très brillant, mais qui ne nous paraît pas de nature à entraîner absolument la conviction. La question ne peut être tranchée aussi carrément que pour la tuberculose; c'est un point où, comme le dit Biss, il est fort difficile de savoir si on doit tenter ou non la pneumotomie. J'opinerais volontiers pour la négative. Pour éclairer la discussion, je résume brièvement l'observation de Carl Lauenstein (Cent. f. chir., n° 18, 1884).

Un homme de 37 ans, sans antécédents tuberculeux, entre à l'hôpital pour une toux remontant à six mois. On trouve au sommet droit du souffle amphorique, du tintement métallique. Catarrhe bronchique généralisé. Expectoration d'un liquide fétide, blanc jaunâtre, 300 cc. dans les vingt-quatre heures. Absence de bacilles.

On pratique, à un jour d'intervalle, deux ponctions exploratrices avec l'aiguille de Dieulafoy et on constate, par l'immobilité de l'aiguille dans les mouvements respiratoires, que le sommet droit est soudé à la paroi costale par des adhérences solides. La seconde ponction amène un liquide fétide et mucopurulent. Le 12 mars 1883, avec les précautions antiseptiques, résection sous-périostée de 4 centim. de la deuxième côte, ponction de la cavité avec un trocart. Aucun liquide ne s'écoulant, on dilate le trajet avec une pince; jusqu'à ce qu'il permette la pénétration du doigt; on reconnaît une cavité à parois épaisses, indurées. Lavage salicylé; drain du calibre du doigt; pansement de Lister. Hémorragie et hémoptysie insignifiantes. Le liquide s'écoule et l'expectoration diminue. Un mois et demi après, la plaie était fermée et l'expectoration inodore.

Le malade rentre en septembre à l'hôpital, avec les signes d'une récidive, mais toujours sans bacilles. En octobre, la cicatrice se rouvre, donne passage pendant quelques jours à une large quantité de pus et le malade se rétablit. En mars 1884 (un an plus tard), on ne trouve qu'une respiration un peu rude au sommet; l'état du malade est très bon.

III.

J'arrive à une série d'observations véritablement concluantes, à celles qui permettent de faire entrer la pneumotomie dans le cadre des opérations délicates, mais utiles et pratiques. Je veux parler des foyers putrides bien limités, créés soit par la gangrène du poumon, soit par l'inflammation, la suppuration des kystes hydatiques. On peut ranger dans cette classe les abcès dus à l'introduction de corps étrangers. L'opération paraît dans ces cas bien justifiée. On compte sept cas de guérison parfaite : quatre pour gangrène du poumon, deux pour des kystes hydatiques, un pour abcès pulmonaire sans gangrène. Comme je pourrais fort bien avoir laissé échapper des faits analogues dans le cours de mes recherches bibliographiques, je donne plus loin l'indication de ces observations.

Le premier cas de pneumotomie pour gangrène (où l'opération fut entreprise de propos délibéré) appartient à Lawson. Le malade mourut d'épuisement le quatrième jour. La même année (Lancet, 1880, 17 janv.), Solomon Smith tentait la ponction et le drainage d'un foyer gangréneux chez un homme de soixante ans, « la seule chance de salut, dit-il, paraissant être l'évacuation de ce foyer putride qui empoisonnait le malade. » Une demi-pinte de pus fétide fut rejetée et le malade éprouva pendant la première semaine une amélioration très marquée. Les accidents reparurent et le malade succomba douze jours après l'opération.

En 1881, Bull publie le premier succès. Chez une femme de vingt-trois ans, atteinte de gangrène de la partie moyenne du poumon gauche, on a une ponction exploratrice; cette ponction ne donne pas grand résultat et détermine une infiltration purulente circonscrite dans la région axillaire et mammaire. On ouvre alors le quatrième espace intercostal, immédiatement en dehors du bord du cœur, et on retire des fragments de tissu pulmonaire mortifié. Lavages phéniqués, drainage. Malgré quelques hémoptysies intercurrentes, l'amélioration fut rapide. Au bout d'un mois, l'odeur gangréneuse avait disparu. La guérison complète se fit attendre huit mois. (Norniskt med. Arkiv.)

L'observation de Cayley et Gould (Med. Times, 31 mai 1884) a trait à une jeune enfant de douze ans qui fut prise de gangrène du poumon au cours d'accidents pyémiques, consécutifs à un évidement de l'apophyse mastoïde. Le 16 février, l'enfant se trouvant dans un état de prostration grave, on décide de pratiquer le drainage du poumon gangrené. La ponction fut faite avec un large trocart et on laissa un tube à demeure. Évacuation de pus fétide et plus tard d'un fragment de poumon gangrené. Guérison rapide. L'enfant quittait l'hôpital le 27 mars.

Fenger a communiqué à la Société médicale de l'Illinois (The med. News, 7 juin 1854) l'histoire d'un malade atteint de gangrène pulmonaire au cours d'une pneumonie. Une ponction exploratrice ayant démontré la présence d'une caverne, on incise la paroi en réséquant les côtes et on ouvre le foyer au thermocautère. Des fragments de poumon gangrené sortirent ultérieurement par l'orifice. L'odeur fétide disparut très rapidement et cinq semaines après l'opération le malade était convalescent.

On peut rapprocher de ces faits le cas de Drinkwater (London med. Record, 15 mai 1884). Chez un homme de soixante-trois ans, atteint de gangrène pulmonaire, apparaît une tumeur fluctuante sous la clavicule. Incision. Issue de pus fétide mélangé d'air. Drainage. Les symptômes s'atténuent, mais un mois plus tard le malade était à toute extrémité. Drinkwater élargit la plaie ancienne, divise largement les muscles intercostaux, resèque un pouce et quart de la troisième côte et enlève la partie supérieure (gangrénée) du poumon. Guérison complète.

Enfin Teale a publié tout récemment (Lancet, juillet 1884, p. 6) un cas d'abcès pulmonaire traité et guéri par la pneumotomie. Un homme de 54 ans entre à l'hôpital avec des signes de pleurésie chronique; une ponction ne donne issue qu'à quelques gouttes de liquide; une seconde ponction, faite un peu plus haut, permet de retirer une pinte de liquide purulent. On fait l'empyème; rien ne sort. On ponctionne le poumon et sur la ponction on incise de façon à laisser passer le doigt. Issue de deux pintes de pus horriblement fétide. Tube à drainage de

six pouces de long; lavages avec une solution faible d'acide phénique. Pendant quatre mois, le malade fut en danger, par suite de l'empoisonnement septique. Il finit par guérir complètement et reprit des occupations très actives.

Spencer Wells rappelait à propos de ces faits, dans un des derniers numéros du BRITISH MED. JOURN. (juin 1884, p. 1117), qu'il avait publié, étant chirurgien assistant de la marine royale, en 1844, l'observation d'un phtisique auquel on ouvrit un abcès axillaire qu'on croyait de nature ganglionnaire. Il s'agissait d'une vomique; des flots de pus s'échappèrent par cette ponction et le malade guérit. Il vivait encore en 1882.

Sp. Wells se souvient que, frappé de ce résultat, il avait vainement sollicité le chirurgien principal d'inciser ou de lu laisser ouvrir le poumon droit pour un cas de gangrène survenu chez un matelot.

Les kystes hydatiques du poumon ne sont pas rares; la thèse du docteur Hearn (1875) en renferme de nombreuses observations, et, bien avant qu'on eût remis en pratique l'ouverture du thorax et du poumon, nombre de médecins américains faisaient la ponction directe du kyste, comme pour les kystes du foie. Bird dit avoir fait 50 ou 60 ponctions pour des cas de cette nature. Il ajoute à ce propos que ses confrères et lui n'hésitent pas plus à ponctionner un kyste hydatique du poumon que les médecins anglais à inciser un panaris.

C'est à lui qu'on doit la première observation de pneumotomie pour un kyste hydatique. Le fait a été publié (AUSTRALIAN MED. JOURN., 1871) bien avant que Mosler, Bull et autres chirurgiens eussent tenté l'opération. Chez une femme qui dépérissait par suite de l'expectoration continuelle de pus, de sang et de débris d'hydatides putrides provenant d'un kyste pulmonaire, Bird introduisit un trocart entre la quatrième et la cinquième côte et élargit l'ouverture au bistouri. Il existait des adhérences entre le kyste, la plèvre et la paroi. La quantité de matière retirée du kyste remplissait la moitié d'une cuvette. La fièvre disparut; mais, par suite du retrait du kyste, les ouvertures interne et externe ne se trouvant plus en rapport, l'écoulement cessa et la toux revint. La malade ne voulut pas consentir à une seconde opération et mourut.

L'observation de Fenger et Hollister (AMERICAN JOURN. OF MED. SC., 1880) est le premier exemple de guérison. Il s'agissait d'un homme de 34 ans, porteur d'un vaste abcès pulmonaire causé par la suppuration d'un kyste hydatique. Depuis des années, le malheureux toussait, crachait un pus fétide. L'émaciation était extrême. Après ponction exploratrice, sur l'aiguille servant de conducteur, Fenger incisa au bistouri la paroi dans le troisième espace intercostal jusqu'au foyer. Contre-ouverture dans le cinquième espace intercostal, sur la ligne axillaire; extirpation du kyste et d'une demi-pinte de pus; drainage et lavages phéniqués. La plaie se ferma en six semaines. A la septième semaine, bronchite purulente des lobes moyen et inférieur; quatre semaines plus tard, le malade était complètement guéri.

Le second cas de guérison appartient à Mosler; un fragment de côte fut réséqué, le kyste ouvert au thermo-cautère, drainé et lavé jusqu'à complète guérison.

Ces faits sont bien démonstratifs et l'intervention chirurgicale, dans des cas semblables, paraît absolument rationnelle. On doit se demander seulement dans quelles conditions, à quel moment il faut intervenir. J'admets, bien entendu, que le foyer a été diagnostiqué avec tout le soin, toute la précision désirables.

Smyth trouve l'opération nécessaire dans les trois conditions suivantes : quand l'ouverture par les bronches, si elle existe, est insuffisante pour l'écoulement des matières putrides; quand le malade semble ne devoir pas se relever; quand l'auscultation démontre l'évidence d'une cavité.

Des indications ainsi posées satisferaient peu la majorité des chirurgiens. S'il s'est produit une vomique, la guérison spontanée peut être la conséquence de cette ouverture, et il me paraît difficile de juger du plus ou moins de facilité que trouve la caverne à se vider par l'ouverture bronchique. Attendre d'autre part que le malade semble incapable de se relever, c'est risquer une opération dans des conditions de succès fort aventureuses.

Dans son travail, Fenger apprécie plus justement les difficultés de régler l'intervention. Sans condamner d'une façon absolue les essais de pneumotomie pour les cavernes tuberculeuses, il estime qu'on doit, avant de tenter cette médication hasardeuse de la phtisie, s'attaquer à des maladies d'un autre ordre, tout au moins curables. Si graves que soient des foyers suppurés, gangreneux, dans l'intérieur du poumon, ces accidents n'ont rien d'absolument fatal; ils ne suivent pas, comme la phtisie, une évolution qui aboutit nécessairement à la mort. Une fois l'abcès, le foyer gangreneux vidé, détergé, on peut espérer la restauration complète des forces, le retour intégral à la santé.

Tout en tenant compte des faits de guérison spontanée, Fenger est d'avis qu'on doit tenter une opération, quand il s'agit de gangrène, de kystes en suppuration. Trop souvent la mort est la suite de la résorption des matières putrides contenues dans ces cavités; le poumon est détruit progressivement *in loco* et une intervention hâtive évite, avec les accidents de suppuration, des lésions locales qui peuvent être l'origine de désordres respiratoires plus ou moins graves.

Il serait imprudent d'opérer au début, dès la première apparition des accidents; mais il ne faudra pas non plus attendre que le malade soit aux derniers degrés du marasme et de la cachexie. Quand on se trouvera en présence d'un foyer putride, gangréneux, bien limité à l'auscultation et à la percussion, quand ce foyer ne se videra pas par les bronches ou, s'étant ouvert, se videra mal, que le malade sera miné par la suppuration, la fièvre hectique, que toute médication interne sera impuissante (et c'est le cas ordinaire) à triompher de cet état, on sera en droit d'intervenir.

Où et comment interviendra-t-on? Il est difficile de formuler à cet égard des règles précises. Les indications, dans les détails, varieront nécessairement avec chaque cas. On peut dire cependant, en se guidant sur les faits connus, qu'il serait périlleux d'aborder des cavernes sus et sous-claviculaires; quant aux cavités sous-scapulaires, c'est-à-dire masquées par la largeur de l'omoplate, elles sont à peu près inaccessibles. Autant que faire se pourra, l'ouverture devra être faite sur les régions mammaire ou axillaire. Les adhérences de la plèvre existent presque toujours, quand il y a eu inflammation d'une certaine durée; on se trouvera donc garanti contre l'éventualité d'un pneumothorax. Pour être sûr de l'état de ces adhérences, il sera bon de faire une ponction exploratrice; elle servira en même temps de vérification au diagnostic et de guide si l'on se décide à inciser. Quelle que soit la région où l'on fera cette ouverture, il est indiqué de la

faire porter sur le point le plus déclive du foyer, en tenant compte de la situation prise habituellement par le malade (décubitus horizontal ou position demi-assise). La résection des côtes ne doit être faite que comme opération complémentaire en cas de nécessité.

Pour l'incision, Mosler conseille, après l'ouverture de la paroi, d'employer le thermo-cautère. Fenger a usé de cet instrument dans sa seconde opération. On évitera ainsi les chances d'hémorragie. Au début, on a employé des drains métalliques, en argent; le simple tube de caoutchouc usité pour le drainage chirurgical est préférable à tous égards, comme plus souple, moins irritant.

Fenger conseille de faire toujours une contre-ouverture. Ce ne doit pas être une règle absolue; une seule ouverture peut suffire dans bien des cas. Mais il ne faudra pas retirer les drains de trop bonne heure, étant donnée la profondeur du foyer et le temps nécessaire à la rétraction des parois; on pourrait s'exposer à voir la plaie extérieure se fermer avant la cicatrisation de la caverne.

Aucune observation ne fait mention de fistules persistantes; c'est un accident sur lequel il est bon d'appeler l'attention. Quant aux pansements, ils ont varié beaucoup: acide phénique, permanganate de potasse, iode, etc. L'essentiel est qu'ils soient bien tolérés par le poumon, tout en ayant des qualités antiseptiques suffisantes.

—Je n'ai pas parlé, dans le cours de cette revue sommaire, d'une opération beaucoup plus complexe, qu'on pourrait, si l'on tient à une nomenclature correcte, mais barbare, appeler la pneumectomie. Forts des expériences de Gluck, Block (1), Biondi, qui ont pu pratiquer sans accidents l'ablation partielle ou totale du poumon chez des animaux, chiens, lapins, divers chirurgiens ont tenté l'extirpation d'une partie du poumon envahie par des néoplasmes. Weinlechner (Wiener med. Woch., 1882), extirpant une tumeur myxo-chondromateuse de la paroi thoracique droite, adhérente au poumon, excisa la partie du lobe pulmonaire atteint. Le malade mourut dans le collapsus le lendemain.

Krœnlein a fait la résection partielle de la paroi thoracique et du poumon pour une récidive de sarcome des côtes. Le noyau sarcomateux extirpé du poumon avait le volume d'une noix. La malade, une jeune fille de 18 ans, a guéri (Berlin. klin. Woch., 3 mars 1884).

Il ne s'agit que de faits isolés et on ne peut pour le moment en faire l'objet d'une étude à part.

A. Cartaz.

BIBLIOGRAPHIE

Traité clinique des maladies de l'enfance, par le docteur Cadet de Gassicourt. Tome III. Paris, 1884 (2).

Le troisième volume du *Traité clinique des maladies de l'enfance* de M. Cadet de Gassicourt renferme l'histoire à peu près entière de la diphthérie et de la méningite tuberculeuse. L'auteur n'a pas tenu systématiquement à être complet: fidèle au plan qu'il s'était tracé dès le début de sa tache, il a insisté surtout sur les points difficiles et obscurs des sujets qu'il avait à traiter.

Les premières leçons donnent l'anatomie pathologique de la diphthérie, en même temps que l'exposé général des symptômes. L'étude histologique de la fausse membrane et les caractères différentiels qui la distinguent des autres productions membraneuses sont détaillés avec un soin particulier. Depuis longtemps partisan de la théorie microbienne de la diphthérie, qu'il avait essayé à maintes reprises de contrôler dans son service, M. Cadet de Gassicourt donne un résumé très intéressant de l'état de la science sur ce sujet.

Dans la symptomatologie, nous signalerons seulement l'étude des adénites suppurées, celle de l'empoisonnement diphthéritique dans les formes hypertoxiques, causant quelquefois la mort du malade après la disparition de tous les symptômes.

Conséquent avec les doctrines spécifiques qu'il professe, M. Cadet de Gassicourt repousse dans le traitement local de la diphthérie les méthodes violentes qui ont été préconisées autrefois, les cautérisations profondes qui ne peuvent faire cesser l'infection locale et augmentent souvent le gonflement inflammatoire. A l'étude du traitement rationnel de la diphthérie se rattache un très intéressant chapitre sur la guérison spontanée du croup. M. Cadet de Gassicourt donne sur ce sujet des détails importants pour le praticien: d'après ses relevés, cette guérison a eu lieu dans la proportion de 9 p. 100. L'indication qui en résulte est qu'il y a souvent lieu de temporiser dans le traitement du croup et de reculer la trachéotomie autant que possible. Il n'est nullement démontré qu'en opérant de bonne heure les résultats soient beaucoup meilleurs. Mais lorsque la trachéotomie est devenue nécessaire, elle doit toujours être pratiquée. Il n'y a pas de contre-indication absolue et formelle de la trachéotomie. Au point de vue du manuel opératoire, l'auteur croit qu'il faut préférer la trachéotomie supérieure avec ou sans section du cricoïde à la trachéotomie inférieure, plus habituellement exécutée dans les hôpitaux de Paris.

Dans les leçons sur les croups dits inflammatoires, M. Cadet de Gassicourt combat l'ancienne théorie de la non-spécificité, défendue autrefois par les médecins étrangers. Il admet l'existence d'affections pseudo-membraneuses non diphthéritiques, mais il nie l'existence du prétendu croup inflammatoire simple. Il s'agit évidemment dans ces cas de croups peu toxiques, de diphthéries locales, dans lesquelles l'infection de l'organisme est peu accentuée. Mais celle-ci n'en existe pas moins, ainsi que le démontrent souvent l'évolution de la maladie et les faits de contagion. La distinction symptomatique est vraie, mais la distinction nosologique est fausse.

La diphthérie prolongée est manifestement aussi d'origine infectieuse et non d'origine simplement inflammatoire. Le poison semble avoir subi une atténuation, mais l'étude des origines de la maladie montre bien sa véritable nature.

L'auteur décrit la diphthérie prolongée dans ses deux localisations, dans le pharynx et dans les voies aériennes; on peut, sans injustice, dire qu'il a fait sienne toute cette partie de l'histoire de la diphthérie, depuis longtemps élucidée par ses travaux et par ceux de ses élèves MM. Hyhre et Garcia Rijo.

Nous pouvons signaler aussi de même les recherches originales de M. Cadet de Gassicourt sur les complications de la diphthérie et notamment sur l'albuminurie et sur la paralysie. A propos de cette dernière, dont il fait remarquer la gravité assez fréquente, il convient de mentionner spécialement la description des accidents cardio-pulmonaires.

Le résumé sommaire que nous venons de faire pour la diphthérie pourrait se répéter pour chacun des chapitres qui con-

(1) Voir Gazette médicale, 1881, no 50, p. 505.
(2) Octave Doin, place de l'Odéon, 8.

cernent l'histoire de la méningite tuberculeuse. Après la description des diverses formes de la maladie et l'analyse détaillée des principaux symptômes, nous devons appeler l'attention sur l'intéressante leçon qui termine l'ouvrage. Elle traite des méningites susceptibles de guérison et établit un parallèle entre elles et la méningite tuberculeuse à forme miliaire.

Comme on le voit, ces deux études magistrales sur la diphthérie et la méningite tuberculeuse terminent dignement le grand ouvrage entrepris par M. Cadet de Gassicourt. Cet ouvrage, qui contient la description des principales maladies de l'enfance, les affections de l'appareil respiratoire et du cœur, les fièvres et les maladies infectieuses, la méningite tuberculeuse, etc..., a été accueilli avec une légitime faveur par tout le public médical. L'auteur n'est pas seulement un clinicien instruit et expérimenté, c'est aussi un écrivain; la netteté des plans de description, la grande facilité et la clarté élégante du style ont puissamment contribué au succès de son ouvrage et le feront rechercher dans l'avenir, lorsque l'attrait de la nouveauté aura diminué pour le lecteur.

Cette fortune, qu'obtiennent peu d'ouvrages de médecine, nous paraît assurée à ce travail, le plus important, sans contestation possible, qui ait été consacré à la pathologie infantile depuis la publication du Compendium de Rilliet et Barthez.

F. BALZER.

FORMULAIRE

SOLUTION POUR BADIGEONNAGES CONTRE LE CORYZA DES ENFANTS. (FILATOW).

Rec. Chlorhydrate de quinine... 1 partie.
Glycérine... 15 —

M. s. a. Trois à quatre fois par jour on appliquera sur la muqueuse nasale de l'enfant, à l'aide d'un pinceau, la valeur de deux gouttes de cette mixture.

CONTRE LA TOUX SÈCHE ET TRÈS FATIGANTE QUI ACCOMPAGNE SOUVENT LE CORYZA DES ENFANTS.

M. Filatow préconise l'emploi de la potion suivante :

Rec. Eau de laurier-cerise... V à VIII gouttes.
Bicarbonate de soude... 0,15 à 0,30 centig.
Eau distillée... 60 grammes.

M. s. a. Une cuillerée à thé toutes les deux heures. En temps d'épidémie de grippe, lorsqu'il y a lieu de craindre que le coryza ne soit que le prélude de cette maladie, on peut souvent conjurer celle-ci à ses débuts, en administrant à l'enfant, dès le premier ou le second jour, du sulfate de quinine à la dose de 10 à 15 centigrammes chez un enfant de un an ou au-dessous, à la dose de 25 à 30 centigrammes chez les enfants de un à trois ans.

E. R.

CORRESPONDANCE.

Nous recevons la lettre suivante avec prière de l'insérer; la parfaite honorabilité de notre confrère nous engage à ne pas lui refuser cette satisfaction :

« Monsieur le rédacteur en chef,

« Dans un article « *sur le traitement du choléra dans les hôpitaux de Toulon* », récemment publié dans le BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE (30 juill. 1884, p. 56), et dont je n'ai pas eu connaissance avant ces derniers jours, M. le Dr Cuéo résume les résultats de son expérience relativement aux divers agents thérapeutiques préconisés contre le fléau. Dans cet important mémoire, l'honorable médecin en chef de la marine écrit la phrase suivante : « Lorsque « les spasmes digestifs étaient très marqués, l'addition à l'éther et « à l'opium de la teinture de castoreum nous a rendu grand ser- « vice » (*loc. cit.*, p. 57).

« Permettez-moi, monsieur le rédacteur en chef, de revendiquer la priorité pour l'emploi méthodique de ce médicament qui entre pour une part importante (avec beaucoup d'autres substances dont le rôle n'est pas moindre) dans la composition d'une *potion anticholérique* de mon invention. Cette potion, dont je suis toujours prêt à donner la formule intégrale, à condition qu'il soit fait *immédiatement* des expériences officielles, a été employée avec le plus grand succès dans les hôpitaux de Toulon et de Marseille et notamment par le docteur Cunéo ; j'ai même eu l'avantage de lui indiquer l'efficacité spéciale du castoreum qui y est contenu, et je regrette que ce savant médecin n'ait pas gardé le souvenir de cette particularité ; il m'eût été précieux de me voir citer par un homme de son autorité.

« Agréez, monsieur le rédacteur, l'expression de mes sentiments très distingués,

« Dr LAUBIÉ. »

Le Séran, près Bergerac (Dordogne).

NOTES & INFORMATIONS

RAPPORT ADRESSÉ AU MINISTRE DU COMMERCE PAR LE DOCTEUR A. PROUST, INSPECTEUR GÉNÉRAL DES SERVICES SANITAIRES, SUR LA PROPHYLAXIE SANITAIRE MARITIME DES MALADIES PESTILENTIELLES EXOTIQUES (PESTE, FIÈVRE JAUNE, CHOLÉRA).

Paris, le 14 octobre 1884.

Monsieur le ministre,

Un certain nombre de maladies, prenant naissance loin du sol que nous habitons, ont été importées en Europe à différentes reprises. Au bout de quelques années, après avoir parcouru un trajet plus ou moins long, elles s'éteignent, jusqu'à ce que de nouveaux germes morbifiques, provenant du pays d'origine, soient de nouveau importés.

Ce sont les maladies pestilentielles exotiques : la peste, la fièvre jaune, le choléra.

La peste, confinée depuis quelques années sur les frontières de la Perse et de la Turquie, fait de temps à autre quelques apparitions près du lac d'Ourmiah, sur les montagnes de l'Assyr, dans l'ancienne Cyrénaïque, à Wetlianka sur les bords du Volga, aux portes de l'Europe, et, tout récemment encore, à Bedra, près de Bagdad. Cependant, elle ne nous menace pas en ce moment ; il n'en est pas de même des deux autres.

La fièvre jaune, qui naguère était limitée au golfe du Mexique, a pris une extension considérable en Amérique. Au Nord, elle a remonté le Missisipi jusqu'à Memphis; au Sud, elle a dépassé le tropique; les côtes du Pacifique ont été envahies, et elle a pénétré dans l'intérieur des terres. Enfin, nos possessions du Sénégal sont souvent atteintes.

La fièvre jaune a été trois fois importée en Europe dans ces dernières années, et y a causé des épidémies plus ou moins graves :

A Lisbonne, en 1858 ;
A Saint-Nazaire, en 1861 ;
Et à Barcelone, en 1870.

L'extension du foyer de cette maladie a été si considérable, que nous avons été obligés de tenir pour brutes presque toutes les

provenances de l'Amérique, ainsi que d'une partie de l'Afrique occidentale.

L'histoire des épidémies de choléra est encore trop présente à tous les esprits pour qu'il nous paraisse utile d'en retracer le récit.

Les caractères vraiment essentiels, ceux qui impriment aux yeux du médecin un cachet vraiment spécial à ces maladies, sont :

1o La localisation de la maladie dans un foyer d'origine (choléra-Inde, fièvre jaune-Amérique) ;

2o L'arrivée d'un germe morbifique en Europe ou dans un pays éloigné provenant du pays d'origine.

Sur ce point, presque toute l'Europe scientifique est absolument d'accord ; c'est là une vérité presque universellement acceptée. Aux conférences internationales de Constantinople et de Vienne, la conclusion suivante a été votée à l'unanimité :

« Le choléra asiatique, susceptible de s'étendre (épidémique), se développe spontanément dans l'Inde, et c'est toujours du dehors qu'il arrive quand il éclate dans d'autres pays. »

Cette conclusion, dis-je, a été votée à l'unanimité à la conférence de Vienne par tous les représentants de l'Europe réunis, et entre autres par l'Angleterre et par l'Allemagne.

L'Angleterre était représentée par le regretté docteur Seaton, qui était, à ce moment, le chef du *General board of health*; l'Allemagne avait pour délégués Hirsch et Pettenkoffer.

Ces opinions ont été depuis confirmées par tous les congrès internationaux d'hygiène :

A Bruxelles, en 1876 ;

A Paris, en 1878 ;

A Turin, en 1880 ;

A Genève, en 1882 ;

Enfin, tout récemment (1884), à La Haye.

C'est également l'avis du comité d'hygiène et de l'Académie de médecine.

En présence d'une opinion si unanimement acceptée, nous avons le devoir de prendre des mesures pour empêcher les germes morbifiques des maladies pestilentielles exotiques d'être de nouveau réintroduits en Europe et en France.

Il ne faut pas oublier non plus que c'est là un intérêt tout à fait démocratique, puisque c'est surtout parmi les classes déshéritées que sévissent principalement les maladies pestilentielles. Ce qui vient de se passer à Toulon, à Marseille, à Gênes et à Naples le démontre surabondamment.

Mais quels moyens faut-il employer pour arriver à ce but ? Nous devons tendre à supprimer le germe morbifique qui est régénéré par les malades, qui peut se fixer sur leur linge de corps, sur leurs vêtements, sur certaines marchandises dites susceptibles, enfin, sur les navires provenant des pays d'origine des maladies pestilentielles exotiques.

Pour obtenir ce résultat, il faut évidemment isoler les malades et employer divers procédés de désinfection ; mais cela ne suffit pas.

Les maladies exotiques pestilentielles, comme toutes les affections générales infectieuses, ont une période d'incubation, de durée variable. Cela vent dire que les passagers venant d'un lieu contaminé peuvent posséder le germe de la maladie sans qu'ils en présentent encore aucune manifestation extérieure ; mais, au moment de cette manifestation, ils deviendront, au point de vue de la transmission, aussi dangereux que les premiers malades. La conséquence est facile à déduire : il est nécessaire d'isoler les passagers venant d'un lieu contaminé pendant le temps qui correspond à l'incubation ; c'est là le principe de la quarantaine admis par tous les épidémiologistes qui, tous, en reconnaissant plus ou moins la nécessité ; la controverse et la discussion n'apparaissent que lorsqu'il s'agit d'appliquer le principe dans certaines circonstances données.

Si donc la désinfection était parfaite, si l'isolement des malades était complet pendant tout le temps où la maladie est transmissible, si la séquestration des personnes pouvant avoir la maladie exotique à l'état d'incubation était absolue pendant tout le temps où cette incubation est possible, jamais il n'y aurait d'importation.

Il s'agit maintenant de rechercher ce qui peut nous rapprocher le plus de l'idéal au point de vue de la protection, en prescrivant les mesures les moins vexatoires, les moins préjudiciables à la liberté des communications et les moins dommageables au commerce.

Occupons-nous d'abord de la désinfection.

Il faut être bien pénétré de cette idée que ce qui est surtout dangereux au point de vue de la transmission, c'est le malade lui-même, capable de régénérer le principe morbifique ; ce sont ses déjections, son linge de corps plus ou moins souillé, le milieu confiné dans lequel il a séjourné, chambre ou cabine.

La désinfection doit donc porter : sur les matières excrémentitielles des malades et des suspects ; sur leur linge de corps ; sur leurs vêtements, sur les sacs militaires qui peuvent renfermer des habits d'individus ayant succombé dans les pays contaminés. Elle doit porter encore sur la literie et les marchandises susceptibles, enfin sur le navire lui-même.

Afin que cette désinfection soit complètement efficace, on ne doit pas attendre, pour l'opérer, l'arrivée du navire dans nos ports ; et nous voudrions voir généraliser la désinfection, pendant le cours même du voyage, pour tous les navires venant de pays suspects de choléra ou de fièvre jaune : désinfecter immédiatement les matières excrémentitielles et les jeter à la mer. Le linge souillé ou seulement sali des malades, des suspects et même des passagers sera passé chaque jour à l'eau houillante, mais à l'eau réellement bouillante.

Les vêtements seront placés au moins deux fois pendant le voyage, au départ et à l'arrivée, dans une étuve à désinfection par la chaleur, étuve qui serait aisément établie sur chaque grand paquebot.

Pour les navires qui ne posséderaient pas d'étuve, la désinfection serait opérée par l'acide sulfureux, produit par la combustion de 25 à 30 grammes de soufre par mètre cube. Des bains seront donnés aussi souvent que possible, et une propreté exquise régnera sur le navire.

Enfin, on devra être pourvu d'eau potable d'une pureté irréprochable, et qui jamais ne proviendra d'un pays contaminé.

Si la nécessité contraignait de renoncer à cette dernière condition, l'eau devrait être alors préalablement houillie.

Ces prescriptions seront suivies non seulement pour les navires infectés, c'est-à-dire ayant des malades atteints de choléra ou de fièvre jaune à bord, mais aussi pour les navires simplement suspects, c'est-à-dire n'ayant pas de malades, mais provenant seulement de pays contaminés.

Il est bien entendu que lorsqu'il s'agit de navires infectés, les malades seront rigoureusement isolés, et les parties du navire où ils ont séjourné seront fumigées pendant vingt-quatre heures. S'il y a décès, les cadavres seront immédiatement jetés à la mer.

Les règles de désinfection que je viens de décrire pour être pratiquées sur le navire lui-même seront à peu près les mêmes lorsqu'elles seront pratiquées au lazaret. Toutefois, comme dans ce dernier cas certains détails doivent être ajoutés, qu'il faut préciser le mode du déchargement dit sanitaire et indiquer les procédés de désinfection du navire lui-même, il y aura lieu à deux règlements particuliers.

J'aurai donc l'honneur de soumettre à votre approbation :

1° Un règlement de la désinfection sur le navire pendant le voyage ;

2o Un règlement de la désinfection à l'arrivée et dans les lazarets.

(A suivre.)

— Note délibérée par le comité consultatif d'hygiène publique de France dans sa séance du 27 octobre 1884. — La maladie constatée à Yport est en voie de déclin et ne tend pas à s'étendre; elle ne doit donc inspirer aucune inquiétude. Yport est tout à fait isolé, n'a pas de rapport avec Fécamp et le Havre. Ces villes sont complètement indemnes.

— Mission scientifique. — M. le docteur Jules Soller, attaché au service des Messageries maritimes, est chargé d'une mission dans l'Extrême-Orient, notamment en Chine et au Japon, pour y entreprendre des recherches anthropologiques.

R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie. — On annonce la mort du docteur Faucon, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté libre de médecine de Lille et membre correspondant de la Société de chirurgie.

— Nous apprenons également la mort du docteur Tarvignot; — du docteur Cazalas, ancien professeur à l'hôpital du Val-de-Grâce, ancien sénateur; — du docteur Neumann, professeur de psychiâtrie à Breslau.

***

Faculté de médecine de Paris. — *Les travaux pratiques d'anatomie pathologique* commenceront le lundi 3 novembre. MM. les étudiants pourvus de douze inscriptions sont priés de se faire inscrire à l'École pratique (laboratoire d'anatomie pathologique), pour les travaux pratiques concernant l'anatomie pathologique, les mardis et les vendredis, à partir du mercredi 15 octobre jusqu'au 15 novembre et de une heure à deux heures de l'après-midi. Une carte d'admission leur sera délivrée. Ils sont prévenus que, dans le cas où ils négligeraient de se faire inscrire aux dates ci-dessus indiquées, les inscriptions ultérieures leur seront refusées.

Année scolaire 1884-1885. — Cours d'hiver. — Les cours du semestre d'hiver ont lieu dans l'ordre suivant, à partir du 3 novembre 1884 :

Physique médicale. — M. Gavarret. Phénomènes physiques de la phonation et de l'audition, lundi, à quatre heures, petit amphithéâtre. — M. Gariel, agrégé-suppléant. Notions sommaires de mécanique appliquée, acoustique, chaleur, optique géométrique, lundi, mercredi, vendredi, à midi, petit amphithéâtre.

Pathologie médicale. — M. Peter. La scrofule, la tuberculose, le rhumatisme, la goutte, la chlorose, mardi, jeudi, samedi, à trois heures, grand amphithéâtre.

Anatomie. — M. Sappey. Les os, les articulations, les muscles, les vaisseaux et les nerfs, considérés au point de vue de l'anatomie spéciale et générale, de l'anatomie physiologique et de l'anatomie topographique, lundi, mercredi, vendredi, de quatre à cinq heures, grand amphithéâtre.

Chimie médicale. — M. Gautier (Armand). Chimie organique et biologique, mardi, jeudi, samedi, à midi, grand amphithéâtre.

Pathologie chirurgicale. — M. Lannelongue. De la chirurgie des membres, lundi, mercredi, vendredi, à trois heures, grand amphithéâtre.

Opérations et appareils. — M. Duplay. Traitement des maladies de l'appareil locomoteur. — Opérations qui se pratiquent sur les os, les articulations et les membres, mardi, jeudi, samedi, à quatre heures, grand amphithéâtre.

Histologie. — M. Robin. Etude des éléments anatomiques et des tumeurs, mardi, jeudi, samedi, à cinq heures, grand amphithéâtre.

Anatomie pathologique. — M. Cornil. Lésions du système cardio-vasculaire, du système lymphatique, du système nerveux et du système digestif, lundi, mercredi, à cinq heures, petit amphithéâtre; vendredi, à une heure et demie, École pratique.

Histoire de la médecine et de la chirurgie. — M. Laboulbène. Celse et la médecine romaine. — Histoire des découvertes en médecine et en chirurgie. — Biographie et bibliographie médicales mardi, jeudi, samedi, à quatre heures, petit amphithéâtre.

Conférences de médecine légale pratique. — M. Brouardel. Conférences de médecine légale pratique, lundi, mercredi, vendredi, à deux heures, à la Morgue.

Cliniques. — *Cliniques médicales.* — M. G. Sée, à l'Hôtel-Dieu, tous les jours, de huit heures à dix heures du matin. — M. Hardy, à la Charité, tous les jours, de huit heures à dix heures du matin. — M. Potain, à l'hôpital Necker, tous les jours, de huit heures à dix heures du matin. — M. Jaccoud, à la Pitié, tous les jours, de huit heures à dix heures du matin.

Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. — M. Ball, à l'asile Sainte-Anne, tous les jours, de huit heures à dix heures du matin.

Clinique des maladies des enfants. — M. Joffroy, agrégé, chargé du cours, à l'hospice des Enfants-Assistés, tous les jours, de huit heures à dix heures du matin.

Clinique des maladies syphilitiques et cutanées. — M. Fournier, à l'hôpital Saint-Louis, tous les jours, de huit heures à dix heures du matin.

Clinique des maladies du système nerveux. — M. Charcot, à la Salpêtrière, tous les jours, de huit heures à dix heures du matin.

Cliniques chirurgicales. — M. Richet, à l'Hôtel-Dieu, tous les jours, de huit heures à dix heures du matin.

M. Verneuil, à la Pitié, tous les jours, de huit heures à dix heures du matin.

M. Trélat, à la Charité, tous les jours, de huit heures à dix heures du matin.

M. Le Fort, à l'hôpital Necker, tous les jours, de huit heures à dix heures du matin.

Clinique ophthalmologique. — M. Panas, à l'Hôtel-Dieu, tous les jours, de huit heures à dix heures du matin.

Clinique d'accouchements. — M. Pajot, à la clinique de la Faculté, de huit heures à dix heures du matin.

Cours auxiliaires. — *Cours auxiliaire de pathologie interne.* — M. Debove. Maladies des appareils circulatoire et respiratoire, lundi, mercredi, vendredi, à cinq heures, amphithéâtre Laënnec.

Cours auxiliaire de pathologie externe. — M. Bouilly : maladies des os, maladies de la tête (y compris les yeux et les oreilles), maladies du rachis et de la moelle épinière. Mardi, jeudi, samedi à cinq heures (amphithéâtre Laënnec).

— M. le docteur Doléris, chef de clinique d'accouchements commencera son cours d'accouchements théorique et pratique le lundi 10 novembre.

Ce cours est complet en deux mois. On s'inscrit 89, rue d'Assas.

***

Un congé d'un an, sans traitement, à partir du 1er octobre 1884, est accordé, sur sa demande, à M. Wallet, préparateur de pharmacologie.

M. Heret, bachelier ès sciences, est chargé, pendant la durée du congé accordé à M. Wallet, des fonctions de préparateur de pharmacologie.

***

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Gilis, prosecteur, est chargé, pendant l'année scolaire 1884-1885, des fonctions de chef des travaux anatomiques et de médecine opératoire à ladite

Faculté, en remplacement de M. Chalot, appelé à d'autres fonctions.

— Par arrêté ministériel, en date du 15 octobre 1884, la chaire de physique de la Faculté des sciences de Dijon est déclarée vacante.

***

Concours pour une place de médecin-adjoint a la Salpétrière. — La composition écrite a eu lieu le 20; elle portait sur le sujet suivant : *Pneumo-gastrique* (anatomie et physiologie). Les autres questions mises dans l'urne étaient ainsi conçues : « Portion cervicale du grand sympathique ; — Racines des nerfs rachidiens. » Lorsque la question a été connue, l'un des candidats M. Wallon, ancien chef de clinique de la Faculté, s'est retiré ; M. Respaut avait écrit qu'il se retirait. Il est très probable qu'il y aura une place vers la fin de l'année 1885 et une autre vers la fin de l'année 1886.

***

Hôpitaux de Lyon. — Un concours pour une place de médecin des hôpitaux s'ouvrira le 2 mars 1885.

Institut odontotechnique de France, 3, rue de l'Abbaye, Paris. — Réouverture des cours à l'École dentaire de France le lundi 3 novembre.

***

Société de médecine d'Anvers. — Questions adoptées par la Société pour le concours 1884-1885 :

Première question : « Discuter les dangers de la chloroformisation et les méthodes capables de les prévenir. »

Deuxième question : « Exposer le traitement de l'eczéma. »

Troisième question : « Étudier la transfusion du sang et d'autres liquides réparateurs. »

Quatrième question : « Exposer et discuter le traitement de l'épanchement pleurétique purulent. »

Les mémoires doivent être envoyés avant le 1er juin 1885 à M. le secrétaire de la Société, sous les formes académiques ordinaires.

Décès notifiés au bureau municipal de statistique de la ville de Paris du vendredi 17 au jeudi 23 octobre 1884.

Fièvre typhoïde 22. — Variole 0. — Rougeole 18. — Scarlatine 3. — Coqueluche 2. — Diphthérie, croup 24. — Dysentérie 0. — Erysipèle 2. — Infections puerpérales 5. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 40. — Phthisie pulmonaire 229. — Autres tuberculoses 12. — Autres affections générales 59. — Malformation et débilité des âges extrêmes 49. — Bronchite aiguë 12. — Pneumonie 44. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 42, — au sein et mixte 40. — Inconnu 10. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 97. — de l'appareil circulatoire 59. — de l'appareil respiratoire 82. — de l'appareil digestif 56. — de l'appareil génito-urinaire 24. — de la peau et du tissu lamineux 3. — des os, articulations et muscles 6. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 1. — Epuisement 0. — Causes non définies 3. — Morts violentes 28. — Causes non classées 11. — Total de la semaine : 979 décès.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

55e année. 7e série. Tome Ier. N° 45 8 NOVEMBRE 1884

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 6 novembre 1884.

L'internat des femmes.

Nous recevons la lettre suivante de M. le professeur Trélat; nous nous empressons de la publier en remerciant son auteur :

« Mon cher Pozzi,

« Vous avez, dans votre récent article sur l'internat des femmes, touché le sujet d'une plume délicate et réservée. C'est une obligation qui s'impose, parce que, quoi qu'on puisse dire et penser des questions particulières, les femmes sont mères, filles, sœurs, épouses, et que ces situations fondamentales leur constituent d'inépuisables provisions de dévouement, de respect et d'affection de la part des hommes.

« Ce sont précisément ces situations privilégiées qui, dans la vie sociale, établissent les profondes différences entre la femme et l'homme. Ni semblables, ni identiques, ils se complètent, s'associent et se suppléent pour le plus grand succès de leurs communs efforts. Les rivalités et leurs luttes, l'antagonisme dans la poursuite du même objet ne sont pas dans leur méthode naturelle et tournent à leur détriment.

« Ce point de vue général enchaîne, à mon sens, toutes les évolutions ultérieures que pourra subir la situation sociale respective de l'homme et de la femme. Que notre génération, si agitée et si tourmentée, se préoccupe de ce grave problème, je ne le mets point en doute ; mais, dans les grandes comme dans les petites questions, je voudrais qu'elle ne s'égarât pas, qu'elle ne prît pas l'ombre pour l'être et de fausses apparences de liberté et d'égalité pour la juste pondération des droits et la légitime satisfaction des capacités.

« Assurément l'internat des femmes est une petite, très petite question, qui a été engagée par son plus petit côté ; une déduction logique dont la prémisse est erronée ; mais cet ovule microscopique présage un beau développement. Il ne s'agit de rien moins que de la complète égalité de l'homme et de la femme dans l'étude, la pratique et l'enseignement de la médecine ; l'égalité absolue sur les bancs de l'École, dans les chaires de nos Facultés, dans les salles de nos hôpitaux et par voie de conséquence, sans doute, dans toutes les carrières masculines.

« On se récrie quand nous montrons cette progression. On nous honore d'un sourire supérieur et pour un peu on nous traiterait de visionnaires ! Il suffit cependant de lire les plaidoyers favorables pour rester convaincu que nous n'avons rien inventé.

« Qu'on aborde, si l'on veut, l'étude de ces transformations radicales ; qu'on affronte ces problèmes redoutables si l'on se sent en goût de perturbations décevantes. Mais, de grâce, que l'on n'engage pas de si grosses questions par des portes dérobées. Qu'on les discute dans leurs origines et leurs conséquences et qu'on dise une bonne fois si, oui ou non, une so-

FEUILLETON

A propos de l'oculiste Jacques Daviel.

Les étrangers seraient-ils plus soucieux que nous des gloires de la France ?

Telle est la question qui se posait d'elle-même dans mon esprit en lisant ces jours derniers une page de la Revue médicale de la Suisse romande, intitulée : *Courte Notice historique sur Jacques Daviel*, par G. Haltenhoff. M. Haltenhoff est professeur d'ophthalmologie à l'université de Genève. Il lui revenait donc de plein droit d'écrire cette notice. Voici comment débute M. Haltenhoff: « On sait que l'opération de la cataracte par extraction, méthode qui vit le jour vers le milieu du siècle dernier et marque le point de départ d'une révolution complète dans le traitement de cette affection, est due au génie inventif de Jacques Daviel, professeur d'anatomie et de chirurgie à Marseille, devenu ensuite oculiste du roi de France et l'un des opérateurs les plus célèbres de son temps. Daviel mourut à l'âge de 66 ans, bien avant d'avoir pu assister au triomphe de sa méthode. Ce n'est guère que dans la première moitié de notre siècle que l'antique opération de la cataracte par abaissement fut, pas à pas, complétement détrônée par l'extraction. Diverses notices biographiques, ajoute M. Haltenhoff, indiquent que Daviel mourut en 1762, à Genève, où il serait venu tout exprès pour consulter Tronchin, alors à l'apogée de sa gloire. »

Pourquoi dire « diverses notices biographiques » ? Toutes celles que j'ai eues sous les yeux, depuis Eloy, Goulin, le Dictionnaire de chirurgie de l'*Encyclopédie méthodique* jusqu'à Dezeimeris, Hœfer, et le *Dictionnaire encyclopédique* de Dechambre, sont complétement d'accord sur ce point. Trop d'accord même, ajouterai-je, car ces notices se ressemblent si bien que j'aurais été heureux de trouver quelque différence et par conséquent plus de variété dans les détails biographiques. Pourquoi encore ce conditionnel à propos du motif du voyage de Daviel à Genève, lorsque tous les biographes sont unanimes à expliquer cette visite à Tronchin par le désir qu'avait Daviel, que les eaux de Bourbon n'avaient pu soulager, de chercher à guérir de sa paralysie « de la langue » ?

ciété basée sur la compétition professionnelle de l'homme et de la femme est une conception féconde.

« Chose vraiment étrange ! Dans cette hardie campagne, on a parlé de justice, de droit, de liberté, d'égalité, de développement de l'instruction des femmes ; on a fait valoir leurs mérites que personne ne conteste, loin de là ; on a ébauché des études sur leurs aptitudes, une ressouvenance de Legouvé le père et de Michelet. Ce serait à croire que de gros intérêts sont en jeu et qne nombre de jennes Françaises attendent avec impatience le moment de se présenter au concours. Nons savons ce qn'il en faut penser. Il y a cette année six étndiantes qni se présentent à l'externat. Elles sont toutes étrangères. Sauf rares exceptions, c'est pour quelques jeunes femmes russes, anglaises, roumaines, turques, que nous irions, sans parler des conséquences, jeter le désordre dans la vieille institution de l'internat des hôpitaux de Paris !

« Si elle a besoin d'être améliorée, cette institution, ce n'est certes pas en la compromettant, en la désorganisant, qu'on y réussira.

« Car il ne faut pas s'y tromper : nos contradicteurs ont bien compris qu'il n'était ni sage, ni prudent, ni convenable de soumettre les futures internes femmes à la vie commnne des internes actuels. La salle de garde les a effrayés, les nuits de garde les ont effrayés, les services de chirurgie les ont effrayés, certains services spéciaux les ont effrayés. Il faut bien convenir qu'une femme n'est pas un homme. Et alors on a projeté d'avoir pour les femmes internes des salles de garde particulières, des salles de malades spéciales, des services spéciaux ; la particularité dans la généralité ; l'inégalité au lieu de l'égalité rêvée.

« Ce serait le désordre, la désorganisation et rien de plns.

« Si l'on tient absolument à ce que les étudiantes en médecine puissent être externes, internes, aspirer à être chefs de service et à enseigner, qu'on adopte les solutions anglaises ou américaines.

« Que les partisans de ces idées créent des hôpitaux dont tout le personnel médical sera féminin. On évitera ainsi les inconvénients d'nne promiscuité dont personne ne veut prendre la responsabilité et on jugera, sans chances d'errenr, la valeur réelle de la pratiqne et de l'enseignement médical des femmes.

« Recevez, mon cher Pozzi, etc.

« U. TRÉLAT. »

CLINIQUE MÉDICALE

LA PLEURÉSIE TUBERCULEUSE PHTHISIOGÈNE D'EMBLÉE. Conférence faite à l'hôpital de la Croix-Rousse, le 2 avril 1884, par le professeur J. RENAUT ; recueillie par M. LECLERC, interne du service.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

IV

Un individu qui ne s'enrhumait jamais ou au contraire un sujet déjà frappé dans l'enfance par les manifestations strumeuses — qui ne sont à vrai dire que des tuberculisations localisées et peu extensives — se surmène d'une manière quelconque, perd l'appétit, le sommeil, et est pris de cet état languissant et asthénique général que nous décrivions tout à l'heure. Le plus souvent, au milieu des symptômes d'un embarras gastrique modéré, il prend un rhume à forme grippale, qui traîne en longueur et durant lequel la dépression des forces, l'anxiété et l'anorexie s'exagèrent. On examine le malade et l'on ne trouve absolument rien de positif. Bientôt surviennent des frissonnements erratiques, une fièvre légère, irrégulière ; l'examen de la poitrine ne fait encore rien percevoir. Un beau jour, souvent sans point de côté, sans autres phénomènes douloureux qu'un peu de courbature générale, l'auscultation révèle le plus ordinairement d'un seul côté, plus rarement des deux à la fois, les signes d'une pleurésie commençante et qui *initialement* est toujours sèche.

Elle débute par l'une des bases où, avec une très légère matité, apparaissent des frottements bulliformes, des *frottements râles*, qui se produisent aux deux temps de la respiration et ne sont point modifiés par la toux. Quelques heures après, on constate d'ordinaire un signe important. A chaque inspiration, à chaque secousse de toux, une pluie de râles sous-crépitants très fins, analogues au *redux* de la pneumonie, s'élève

---

Quoi qu'il en soit, M. Haltenhoff, curieux de contrôler ce fait dont il n'avait jamais entendu parler à Genève, a eu l'heureuse idée de fouiller le vieux registre des morts conservé à la chancellerie d'État, et il y a découvert le document suivant :

Du jeudi 30 septembre 1762, à six heures du matin.

Sieur Jacques Daviel, domicilié à Paris, catholique romain, chirurgien ordinaire et oculiste du Roy de France, âgé de 58 ans (1), *mort d'une paralysie au larinx, place de Bel-Air, transporté, par permission de M. le Sindic de la Garde, au Grand-Sacconex.*

Ce transport au Grand-Sacconex, commune française la plus rapprochée de la ville de Genève, n'avait évidemment, d'après M. Haltenhoff, « qu'un but, l'inhumation de Daviel en terre française et dans un cimetière catholique ; car à cette époque on ne transportait pas au delà des monts, comme on le fait parfois de nos jours, le cercueil d'un simple particulier. »

Si j'osais refaire une partie de cette phrase, je crois qu'il serait plus juste de dire que le transfert au Grand-Sacconex *n'avait évidemment qu'un but, celui de trouver un terrain où l'on put enterrer un non-calviniste.* Quant à l'idée de faire reposer un Français en terre française, je crois qu'elle ne serait venue aux Genevois que si un membre de la famille de Daviel l'avait eue le premier, et alors ce ne serait pas évidemment au Grand-Sacconex qu'on se serait arrêté. Mais je comprends que l'on cherche aujourd'hui à atténuer l'intolérance excessive de la Rome protestante d'autrefois.

Enfin, sur la demande de M. Haltenhoff, M. le curé de la paroisse catholique romaine du Grand-Sacconex a retrouvé, il y a quelques semaines « l'acte original de décès et de sépulture, signé par son prédécesseur de l'époque, le curé F. Courtois, et par un des citoyens présents à ladite sépulture, nommé Decroze ». En revanche, les recherches pour découvrir, soit dans l'église du Grand-Sacconex, soit au dehors de l'église et dans le cimetière même, la moindre trace de la tombe de Daviel, ont complètement échoué. On pouvait s'y attendre, ajoute M. Haltenhoff, le grand chirurgien français étant mort pour ainsi dire en voyage et sur la terre étrangère, où personne, sans doute, n'eut l'idée de perpétuer son sou-

1. Relevons en passant l'erreur du registre de l'état-civil. Daviel, né à Evreux, le 11 août 1696, est mort à l'âge de 66 ans.

sous l'oreille de l'observateur et indique l'existence d'une congestion passagère du poumon dans les limites des lésions de la séreuse. Cette congestion dure de quelques heures à quelques jours; elle a une grande importance comme signe : c'est le premier des *phénomènes dissociés*. En effet, elle ne s'accompagne jamais de crachats rouillés, tout en simulant parfois exactement les signes du début d'une pleuro-pneumonie avec fièvre haute, dépassant 40°, avec anxiété dyspnéique et langue sèche. En réalité, ces râles ultra-pulmonaires sont l'expression acoustique d'une congestion péri-tuberculeuse qui se fait en surface, sous la plèvre atteinte, autour des grappes de granulations naissantes dans le parenchyme du poumon.

L'épanchement, qui est presque toujours produit, lorsqu'il s'agit de malades d'hôpital, au moment du premier examen, s'effectue lentement et incomplètement, et surtout d'une manière *peu homogène*. L'anatomie pathologique nous apprend en effet qu'il s'agit dans ce cas le plus souvent de collections séreuses qui prennent place dans des loges formées par des fausses membranes ou dans les scissures interlobaires, irrégulièrement. *De là la dissociation des signes physiques*, si importante au point de vue du diagnostic, et aussi leur irrégularité. C'est ainsi que, dans un cas que j'ai eu le triste loisir de suivre de bien près, la matité était absolue dans le tiers inférieur du poumon droit, une voussure marquée existait dans les limites de cette matité, avec abolition corrélative des vibrations thoraciques. A peine de la voix de jeton dans cette même étendue, avec obscurité du murmure vésiculaire; pas de souffle sur les limites de la matité et la haute zone de frottements bulliformes montant jusqu'à la fosse sus-épineuse. En un seul point, qu'on aurait pu couvrir d'une pièce de cinq francs, dans l'aisselle, le souffle et l'ægophonie vraie se montraient superposés et précisément à un niveau où la matité était loin d'être parfaite. Cet *ectopisme des signes*, joint à leur *dissociation*, à l'existence de la pectoriloquie aphone au contraire à peu près constante, ont une valeur considérable à mes yeux comme éléments de diagnostic. Il n'y a guère en effet, messieurs, que dans la pleurésie tuberculeuse phthisiogène que l'on voit les signes d'auscultation et de percussion se grouper avec des relations réciproques aussi anormales. Dans tel cas, par exemple, on aura sur un point une matité absolue, un peu de voix de jeton, pas d'ægophonie vraie ni de souffle; dans tel autre, le souffle manquera, et l'on aura une ægophonie souvent limitée à une zone dont la localisation n'a rien de fixe, ni aucun rapport avec la distribution des autres signes physiques; cette ægophonie est, en un mot, ectopique, et l'on peut souvent faire la même observation pour les autres signes.

Lorsqu'une pareille pleurésie a pris naissance au milieu des prolégomènes anémiques et asthéniques dont nous avons parlé, et surtout lorsqu'elle s'accompagne d'une bronchite prédominant au sommet du côté opposé, il n'y a guère de doute sur sa nature phthisiogène; lorsqu'elle est double, il n'y en a plus. Louis a fait voir il y a bien longtemps qu'en effet, sur 150 cas de pleurésies doubles, il n'y en a pas un qui ne soit symptomatique soit de la tuberculose, soit du rhumatisme aigu ou des pyrexies à déterminations séreuses fluxionnaires. Rarement d'ailleurs les sommets sont intacts dès que la pleurésie a duré quelques semaines. Ils deviennent alors le siège de sibilances, puis de frottements, enfin de craquements secs avec souffle expiratoire d'induration.

Dans la forme que je vous décris, ordinairement du moins, la rémission fausse est de courte durée on tout à fait nulle. La phthisie semble se développer à quelques jours de distance, suivant le pas de la pleurésie, qui subit des variations : les signes physiques de la pleurésie oscillant de semaine en semaine, pour se réduire en fin de compte, le plus ordinairement, à des frottements râles et aux autres phénomènes indicateurs d'une pleurésie calleuse, bientôt accompagnée d'un notable retrait de la paroi pectorale. En même temps, les signes physiques du sommet s'accentuent. Sous la nappe pleurétique, la tuberculisation pulmonaire s'étend comme en surface. Des râles bullaires, des craquements, des signes de cavernes même à la partie moyenne ou inférieure du poumon apparaissent successivement. Et ce sont là des formes rapides de phthisie. Dans plusieurs cas, la mort a eu lieu trois, quatre ou cinq mois à partir du début, un seul poumon étant parfois tuberculisé d'une manière diffuse, et celui du côté opposé restant absolument, ou à très peu près, indemne. D'autres fois la scène est terminée par une phthisie catarrhale des muqueuses respiratoires, poussée parfois jusqu'à la compromission des organes lymphoïdes de l'arrière-gorge. La terminaison fatale est souvent alors hâtée par des épistaxis massives, à la suite de quoi la fièvre s'allume et apparait une pneumonie catarrhale tuberculeuse, qui conduit le malade à la mort en quelques jours. Dans cer-

---

venir en lui érigeant un monument et en achetant le terrain de sa sépulture.

En 1815, la commune du Grand-Sacconex fut incorporée au canton de Genève. C'est donc en terre suisse que reposent les restes de cet homme qui doit être considéré comme un des grands initiateurs de l'ophthalmologie et comme un des bienfaiteurs de l'humanité souffrante.

M. Haltenhoff termine sa courte notice par ces lignes : « Aux oculistes suisses incombe, croyons-nous, le devoir et l'honneur de tirer de l'oubli cette tombe illustre. Nous avons tout lieu d'espérer qu'ils n'y failliront pas ». (1er octobre 1884.)

Un comité se constitue déjà à cet effet. Nous ne pouvons qu'applaudir à cette œuvre de réparation et de reconnaissance toute spontanée. Nous admirons d'autant mieux l'initiative de M. Haltenhoff que les Français, que les compatriotes de Daviel n'y avaient pas songé. La famille même de Daviel, dont il existe encore, pensons-nous, des représentants (1), ne demandera-t-elle pas à s'associer à M. Haltenhoff et au comité genevois? Et qui sait? Peut-être la difficulté que l'on a à retrouver les traces de la sépulture ne serait-elle pas due à ce que la famille Daviel aurait fait transporter en France dès le siècle dernier les restes du chirurgien français, — car Daviel laissa « un fils qui exerça comme lui la profession de chirurgien oculiste et dont on trouve dans les journaux quelques lettres relatives à l'opération de la cataracte ». Voilà tout ce que dit du fils de Daviel la notice de Dezeimeris (reproduite à peu près sans autre renseignement dans l'article de M. L. Hahn, du *Dictionnaire encyclopédique* de Dechambre). Ce fils n'est pas même désigné par son prénom. En faisant des recherches sur Daviel, j'ai trouvé dans la *Bibliothèque chirurgicale* de Haller (t. II, p. 396) la mention suivant : « J. le Bas et Henrici Daviel, chirurgi. *E. cataractæ tutior extractio forficum ope*, Paris, 1754. 4. pro patris operatione. »

Puis à la ligne suivante on lit : « Du même Daviel, *De extractione cataractæ*, Journal des savants, de février 1756. »

(1) Si nous en croyons la reproduction, donnée dans l'ouvrage de Paul Lacroix sur le XVIIIe siècle, de la gravure allégorique de Voge, où l'on peut lire la mention suivante : « Communiqué par la famille Daviel. » (V. *le Dix-huitième siècle, lettres, sciences et arts*, p. 39. Paris, 1878.)

tains cas exceptionnels, le processus envahissant semble au contraire s'arrêter. Je connais des malades porteurs, et depuis des années, d'une pleurésie colleuse tuberculeuse limitée à un côté, et qui survivent dans un état valétudinaire. L'ectopisme et la dissociation des signes physiques sont alors portés à leur maximum et se compliquent assez fréquemment de souffles extra-cardiaques, parfois intenses au point de faire supposer des lésions d'orifice qui n'existent pas.

Un dernier détail sur lequel je veux attirer votre attention, c'est l'expectoration du début et de la période d'état dans les pleurésies phthisiogènes d'emblée. Sans caractère dans les premiers jours, et ne différant pas de celle de la pleurésie franche, cette expectoration devient rapidement à la fois visqueuse, adhérente au crachoir et nummulaire. Mais il ne s'agit pas ici de crachats purulents vrais. Ce sont des masses grisâtres semi-purulentes, distinctes cependant du mucus tenace et cru au sein duquel elles sont englobées. En réalité, pendant un temps très long, les malades ne crachent presque pas; ils ne le font qu'aux périodes éloignées du mal, quand l'influence pleurétique du début a disparu, pour faire place au complexus ordinaire de la phthisie arrivée à la période ulcéreuse bien confirmée.

V.

Messieurs, je viens seulement de vous montrer la pleurésie phthisiogène sous trois formes principales, c'est-à-dire se manifestant avec des caractères généraux suffisants pour permettre de la dégager en tant que forme morbide. Mais en réalité, de même que toutes les autres manifestations de la tuberculose, les pleurésies phthisiogènes ne peuvent être ramenées à des types que d'une manière très générale. Chaque malade fait sa tuberculisation à sa manière; pleurale ou non, cette tuberculisation varie constamment et nécessairement dans ses expressions de détail. C'est là une chose bien connue, que la caractéristique de la phthisie consiste surtout dans la variété à l'infini des formes morbides qui lui sont propres. Vous considérerez donc ce que je viens de vous dire des pleurésies phthisiogènes comme une sorte de thème général, sans vous attendre à retrouver leurs processus identiques chez tous les malades atteints, comme on peut l'espérer à très peu près dans les maladies cycliques. Entre les trois formes que j'ai distinguées s'intercaleront ainsi nécessairement des variétés que les types décrits aujourd'hui auront cependant l'avantage de mettre à leur place. En outre, j'ai voulu vous donner et mettre sous vos yeux des exemples de ce que je considère comme des *pleurésies conjuguées à la phthisie*, par opposition à celles qu'on pourrait nommer les *pleurésies satellites* de cette même maladie.

Cette distinction me paraît, messieurs, d'une incontestable utilité. Les formes que je viens d'appeler satellites, beaucoup moins rares que les autres, n'ont en effet aucun rôle phthisiogène : ce sont des réactions de voisinage toutes pures. Telles sont les pleurésies sèches qui procèdent sourdement, lentement, et aboutissent à la symphyse pleuro-pulmonaire, qui est de règle dans la phthisie pulmonaire chronique, et efface au niveau des lésions tuberculeuses la cavité pleurale, transformée en une nappe de tissu conjonctif aréolaire. Telles sont encore les pleurésies aiguës survenant au niveau d'un foyer tuberculeux au voisinage duquel il ne s'est pas encore formé d'adhérences, et qui menace, en se ramollissant, de s'ouvrir on s'ouvre en effet souvent dans la cavité pleurale non encore annulée. Ce sont ces pleurésies, qui ont leur type dans celle symptomatique du pneumothorax, et qui si souvent deviennent purulentes. Elles n'ont d'autre signification que l'existence d'une très rapide évolution tuberculeuse dégénérative juxta-pleurale, effectuant sur les limites de ses foyers une vulnération de la séreuse par effraction. Ce sont des *pleurésies par perforation* véritables.

Les formes *conjuguées* ont une signification tout autre: celle de l'envahissement en *surface* du poumon par la néoplasie parasitaire. Elles indiquent non plus cette sorte de localisation élective du tubercule au sommet, d'où, s'avançant vers la base *tranche par tranche* pour ainsi dire, il n'envahit le poumon que peu à peu, par un processus très chronique qui est précisément celui de la phthisie vulgaire. La dissémination en surface dans une séreuse pleurale ou dans les deux indique une atteinte grave, une généralisation du mal non plus progressive, du sommet à la base, mais extensive le long des voies lymphatiques ou de l'arbre bronchique; et de fait nous avons vu ces phthisies nées en apparence d'une pleurésie se terminer souvent par la généralisation sur les muqueuses, ou par la forme catarrhale, pneumonique ou broncho-pneumonique qui en est un cas particulier. La pleurésie phthisiogène d'emblée possède donc à la fois une signification diagnostique importante et une valeur pro-

---

Le fils de Jacques Daviel s'appelait donc Henri, et il s'occupait déjà d'oculistique huit ans avant la mort de son père.

Mais le nom de Daviel n'a pas seulement brillé dans la médecine. Le 11 juin 1856 est mort un petit-neveu de Daviel, le jurisconsulte Alfred Daviel, né à Évreux le 3 mars 1800, et qui était en dernier lieu sénateur de l'empire.

La vie de Daviel, célébrée un peu partout sur le mode le plus élogieux, ne fut cependant pas sans nuage au point de vue de la dignité professionnelle : s'il opérait 206 cataractes dans un mois dont 182 étaient suivies de guérison, les cent bouches de la renommée étaient conviées à le faire savoir à tous les coins du globe. En d'autres termes, Daviel était assoiffé de réclame, et on le lu reprocha durement.

Il avait été nommé membre de l'Académie royale de chirurgie (1) au titre d'associé régnicole (2). Or cette Académie était jalouse de la dignité de ses membres. Elle s'émut du bruit fait autour des opérations de Daviel.

On lit dans les registres de la Compagnie, à la date du

« 15 mai 1755.

« Il y a eu à la fin de la séance un Comité dans lequel M. le directeur a porté plainte contre M. Daviel, qui continue de se faire imprimer dans la GAZETTE D'HOLLANDE en publiant ses opérations et ses marches comme font les charlatans. M. le secrétaire a produit les registres par lesquels il est prouvé qu'à la fin de l'année 1743 il y eu pareille plainte portée contre lui, et qu'après plusieurs comités tenus à cette occasion, il avait été fortement réprimandé sur cela en 1744. M. le directeur ayant représenté de quelle indé-

(1) La liste des membres de l'Académie royale de chirurgie publiée en tête du deuxième volume des mémoires de cette Société mentionne ainsi le nom de Daviel : « M. Daviel, membre des Académies de Toulouse et de Bologne, professeur de chirurgie à Marseille. » On sait qu'il vint ensuite à Paris.

(2) Les membres de l'Académie royale de chirurgie comprenaient des conseillers du comité perpétuel, des adjoints au comité, des académiciens libres, des associés étrangers et des associés régnicoles.

nostique de premier ordre. J'ai cru bon d'appeler votre attention sur ces deux points qui n'ont peut-être pas été, de la part des auteurs classiques, l'objet de considérations assez précises ni assez étendues, quand bien même je suis persuadé que je ne mets ici au jour rien de neuf, et que la plupart de nos maîtres ont, au sujet des pleurésies tuberculeuses qui viennent de nous occuper, des idées sinon identiques, du moins très analogues à celles que je viens d'exposer dans cette conférence.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Adénome kystique suppuré de la joue gauche. — Ponction. — Ouverture spontanée. — Guérison. (Service de M. Polaillon. Leçon recueillie par M. Berthod, interne des hôpitaux.)

Le nommé Chast, tonnelier, âgé de 39 ans, entre le 3 mai 1884 à l'hôpital de la Pitié, salle Broca, no 17.

Antécédents héréditaires. — Ses parents ont toujours été bien portants, jamais n'ont présenté de tumeurs.

Antécédents personnels. — Lui-même a eu la rougeole pendant son enfance. En 1870, lors de la guerre, prisonnier en Allemagne, il eut une forte bronchite et plusieurs fois des hémoptysies. Un an avant, il se fit soigner pour un chancre du filet qui ne fut suivi d'aucun accident ultérieur.

Il y a environ un mois, Chast s'aperçut pour la première fois qu'il portait à la joue gauche une petite tumeur de la grosseur d'une noisette. Cette tumeur faisait surtout saillie du côté de la cavité buccale, pendant la mastication était souvent mordue. Depuis ce moment, la saillie augmentait de jour en jour et finissait par engager le malade, quoiqu'elle fût indolente et n'eut pas déterminé de phénomènes inflammatoires, à demander son admission à l'hôpital.

État actuel. — On remarque au niveau de la joue gauche, immédiatement au-dessous de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané qui en sont indépendants, une tumeur oblongue, obliquement dirigée en bas et en avant, située un peu plus bas que le canal de Stenon. Cette tumeur paraît lobulée à la palpation et se différencie nettement des tissus voisins. Elle est dure, tendue, et on ne peut y percevoir de fluctuation.

Au niveau de la cavité buccale, la saillie est beaucoup plus évidente; elle est perçue immédiatement au-dessous de la muqueuse, atteint les dimensions d'un œuf de pigeon, paraît très tendre; pas de fluctuation appréciable.

Pas d'engorgement ganglionnaire.

Nous devons faire remarquer que le malade présente sur le côté gauche du voile palatin une petite saillie rougeâtre, douloureuse, qui paraît être un petit abcès développé aux dépens d'une des glandes palatines.

Comme phénomènes fonctionnels, il accuse une certaine gêne de la mastication et une sécheresse relative de la bouche depuis le début de l'affection.

Diagnostic. — Tumeur kystique développée dans un des culs-de-sac glandulaires de la joue.

5 mai. — Ponction du côté de la cavité buccale au moyen de l'aspirateur Potain. — Ecoulement de quelques gouttes de liquide puriforme.

7 mai. — Le liquide s'est reproduit.

14 mai. — Ouverture spontanée du kyste au travers de la muqueuse buccale; le malade rejette environ un demi-verre de pus mélangé à du sang et à de la salive.

17 mai. — L'ouverture du côté de la cavité buccale est complètement oblitérée; il persiste seulement dans l'épaisseur de la joue une petite induration du volume d'une noix qui, spontanément et de jour en jour, diminue de telle sorte qu'à la sortie du malade (21 mai) elle présente à peine la dimension d'une noisette.

BIBLIOGRAPHIE

Contribution a l'étude statistique de la criminalité en France de 1826 a 1880, par le docteur Jules Socquet, préparateur au laboratoire de toxicologie, avec préface par le professeur Brouardel. Paris, 1884. — Asselin et Cie, in-8 de 90 pages, avec tableaux et cartes.

C'est chose depuis longtemps reconnue qu'on peut faire dire aux statistiques presque ce que l'on veut. Et la brutalité que l'on prête au langage des chiffres se change trop souvent en une extrême docilité entre les mains de tout homme sachant grouper ces chiffres et les manier à son gré.

Or la statistique, non plus que les autres moyens d'observation, ne devrait jamais servir à la démonstration d'une thèse posée d'avance.

cence cela est de la part d'un membre de l'Académie, a été aux opinions; il y a eu 16 voix pour le réprimander de nouveau, et 29 pour l'interdire, il y en avait eu une pour l'exclure tout à fait sur-le-champ. M. le directeur a ordonné à l'huissier de ne point laisser entrer M. Daviel jusqu'à nouvel ordre. » (P. 436-37, t. III.)

Nos chirurgiens du siècle dernier étaient sévères, on le voit, et l'exemple que nous citons n'est pas unique dans l'histoire cependant bien courte de l'Académie royale de chirurgie. Le Cat et Daran eurent à subir des blâmes du même genre. Les condamnations toutefois n'étaient pas sans appel. Aussi à la date du 14 août 1755, prenait-on la résolution suivante :

« Il y a eu comité à la fin de la séance, dans lequel M. le directeur a dit que M. Daviel avait été chez lui pour s'excuser sur ce qui lui a attiré l'interdiction de l'Académie et en demander la cassation. La chose mise en délibération, il a été décidé, à la pluralité de 34 voix contre 12, que dans trois mois l'on pourrait accorder à M. Daviel ce qu'il demande (1). »

(1) Les deux délibérations que nous venons de reproduire relativement à Daviel sont empruntées au livre de M. Guardia : *la Médecine à travers les siècles*, p. 375-376.

Dans la liste de l'Académie royale de chirurgie, au 1er janvier 1757, Daviel (qui malgré son séjour à Paris était resté associé régnicole) est mentionné avec les titres suivants : « chirurgien oculiste du Roi, membre des Académies des sciences de Toulouse, Bordeaux, Dijon, Londres et Bologne, à Paris. »

Combien sont loin de nous aujourd'hui toutes ces choses, institutions et luttes académiques d'autrefois! Le nom de Daviel n'en survit pas moins aux yeux de la postérité qui, oubliant les faiblesses de l'homme privé, ne se souvient que du bienfaiteur de l'humanité, de l'homme qui a contribué pour sa part aux progrès de la science. Aussi sommes-nous heureux que, en dépit des frontières politiques, ce soit dans une nation voisine que l'on prenne en main la glorification d'un chirurgien français qui a enrichi la pratique de son art d'un nouveau procédé opératoire. La science ne saurait avoir de nationalité; elle est universelle.

Dr Albertus.

La criminalité et les causes de ses variations en France, dit M. Brouardel dans la Préface du travail dont nous allons essayer de donner une idée, ont depuis quelques années vivement préoccupé l'opinion publique; « elles ont provoqué de nombreuses publications, et chacun des auteurs, suivant ses études antérieures et les tendances de son esprit, a choisi dans l'ensemble de la question des points particuliers dont il a cherché à mettre l'influence en relief. »

M. le docteur Jules Socquet, en apportant sous un titre modeste sa contribution à l'étude statistique de la criminalité en France de 1826 à 1880, n'avait pas d'idée préconçue. Il a consciencieusement fait parler les chiffres sans vouloir leur dicter une réponse. C'est à une double source que M. Socquet a puisé ses renseignements; d'abord, dans le compte rendu général de l'administration de la justice criminelle en France, puis dans les recensements de population publiés par le ministère du commerce. On ne saurait trouver nulle part de documents plus sûrs ni de plus complets. « Mais ce n'est pas chose aisée de réunir la collection complète de ces publications, que les bibliothèques publiques elles-mêmes ne possèdent pas toutes, et ce n'est pas un petit travail de relever année par année tous les renseignements relatifs à une même nature d'affaires, de calculer les moyennes par périodes quinquennales, le taux pour cent, le rapport des nombres obtenus au chiffre de la population, de tracer les courbes, diagrammes et cartes nécessaires. Ce n'est qu'après avoir accompli cette longue et fastidieuse préparation qu'il est possible de se livrer à la comparaison et au groupement des résultats, seules choses que le public ait besoin de connaître et qui, seules, l'intéressent. »

Voilà ce qu'a tenté M. Jules Socquet, bornant son ambition non à trouver la solution d'aucune des questions à l'ordre du jour, mais seulement à fournir à d'autres des facilités qu'il n'a pas eues lui-même. L'un des principaux obstacles qu'il a rencontrés consiste « dans le défaut de concordance entre les statistiques des deux ministères du commerce et de la justice, et dans le changement assez fréquent de méthode dans chacun d'eux ». En contemplant, ajoute M. Socquet, « ces innombrables colonnes de chiffres, on est invinciblement porté à croire qu'on ne pourra tirer des résultats à la fois précis et certains, et l'on ne peut se défendre d'un sentiment d'irritation quand on s'aperçoit qu'une part malheureusement considérable de tous ces laborieux calculs ne peut fournir aucun résultat utile ».

M. Socquet est néanmoins arrivé à des résultats bons à noter. Ainsi, par exemple, si l'on jette un coup d'œil sur les courbes qui accompagnent ce beau travail, on constate (tableau I) que, contrairement à la croyance presque générale, les attentats contre la vie des personnes adultes en France vont plutôt en diminuant qu'en augmentant.

Tandis que la moyenne annuelle dans la période de 1846 à 1850 est de 564 meurtres ou assassinats, dans la période de 1876 à 1880, le chiffre moyen n'est plus que de 399 par an.

D'après M. Brouardel, ceux des auteurs qui ont trop facilement admis que la criminalité augmentait sont tombés dans une erreur qui s'expliquerait aisément par l'extension et l'importance qu'a prise la presse depuis un demi-siècle. Voici de quelle manière : tandis qu'autrefois les journaux annonçaient le plus habituellement, et sauf des cas tout à fait exceptionnels, en quelques lignes, sans aucun commentaire, qu'un crime avait été commis sur telle personne par tel meurtrier, aujourd'hui il n'est pour ainsi dire pas de crime qui ne devienne pour les journalistes aux abois et les reporters aux aguets l'occasion d'articles à sensation, et le point de départ d'une relation détaillée du crime qui ne disparaît que quand à sa place se substitue le récit tout aussi émouvant d'un crime nouveau. « Quelques publicistes, dit M. Brouardel, ont été victimes eux-mêmes du changement opéré dans les habitudes du journalisme: ils ont cru que la criminalité augmentait; ils l'ont dit, et des voisins peu bienveillants ont accepté sans contrôle une opinion qui leur fournissait des arguments pour annoncer la décadence des Français, de leurs mœurs et l'insécurité du séjour dans notre pays pour les étrangers qui venaient lui demander l'hospitalité. » Il n'en est rien. Mais si la criminalité contre les adultes a diminué, en revanche il ressort du travail de M. Socquet que le chiffre des infanticides et des avortements aussi bien que le chiffre des viols et attentats à la pudeur sur les enfants est dans une progression effrayante. Les inculpations d'infanticides, qui de 1826 à 1830 n'étaient que de 550, ont plus que doublé aujourd'hui et les inculpations d'avortement sont, pendant le même temps, devenues cinq fois plus nombreuses, aussi bien que les accusations de viols et d'attentats à la pudeur commis sur les enfants au-dessous de quinze ans.

D'autres conclusions ressortent encore de l'étude de M. Socquet, conclusions qui s'imposent aux méditations des moralistes en attendant qu'elles puissent être mises à profit par les législateurs de l'avenir.

Ainsi M. Socquet démontre que, considérés sous le rapport de leur domicile, les accusés appartenant à la population rurale sont actuellement en nombre supérieur à ceux de la population urbaine, même relativement au chiffre de la population. Il n'y a d'exception que pour les avortements et les viols sur enfants. Pour les avortements surtout, les accusés résidant dans les villes sont en nombre beaucoup plus considérable.

Quant au degré d'instruction, il y a eu, depuis 1826 jusqu'en 1880, une diminution marquée dans le nombre des accusés de toutes catégories qui étaient illettrés ou qui avaient reçu une instruction supérieure, et un accroissement inverse dans le nombre des accusés sachant lire et écrire. C'est actuellement parmi ces derniers qu'on trouve plus de la moitié des accusés de crimes divers.

Enfin, résumant l'ensemble de ses recherches, M. Socquet est arrivé à constituer deux groupes des diverses variétés de crimes qui ont fait l'objet de son étude :

Le premier groupe comprenant toutes les variétés qui présentent une augmentation dans le nombre relatif des accusés : ce sont les infanticides, les avortements, les viols et attentats à la pudeur sur les enfants, les coups et blessures ayant occasionné la mort et les incendies.

Dans le deuxième groupe viennent se ranger les variétés de crimes qui sont en diminution marquée : on y trouve les meurtres, les assassinats, les viols et attentats à la pudeur sur adultes, les parricides, les empoisonnements, les coups et blessures graves et les coups et blessures à des ascendants.

Les crimes contre les adultes sont donc presque tous en diminution, tandis que les crimes contre l'enfance vont en augmentant. C'est la seule induction générale que l'auteur ait cru pouvoir légitimement tirer de ce tableau.

On voit avec quelle circonspection procède M. Socquet. C'est la marque d'un bon esprit. C'est aussi un signe des temps.

D'ailleurs les recherches de M. Socquet ne sont pas isolées. Tandis qu'il les poursuivait à Paris, M. Lacassagne et quelques-uns de ses élèves étaient entrés dans la même voie à Lyon. Si donc ce n'est pas tout à fait une innovation que cette application de la statistique aux études médico-légales, c'est du moins d'un bon augure de voir avec quelle sagesse, quel tact et quelle prudence les générations nouvelles de médecins légistes comprennent leur mission et avec quel soin consciencieux ils la remplissent.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

BULLETIN DE L'ÉTRANGER

Le bacille en virgule. — Choléra asiatique et choléra nostras.

Depuis que M. Koch (1) a publié l'exposé complet de ses recherches concernant le bacille en virgule que ce savant médecin considère comme le germe pathogène du choléra asiatique, des voix nombreuses se sont élevées, en Allemagne comme ailleurs, pour attaquer la légitimité des conclusions tirées par M. R. Koch de ses observations. Nous rappellerons que tout récemment on a signalé, chez nos voisins, la découverte du fameux bacille en virgule dans les déjections de malades atteints d'un simple choléra *nostras*. Il s'agit là d'une question dont l'importance diagnostique et nosologique est évidente, question toute d'actualité, au moment où on représente le choléra comme faisant, depuis des semaines, des victimes aux portes de Paris, et à Paris même. Or M. Koch (2) vient de répondre à ses nombreux contradicteurs. Sa réponse mérite de fixer l'attention des médecins qui s'intéressent aux questions du jour, non pas seulement à cause du renom qui s'est attaché aux travaux de cet habile investigateur, mais parce que sa réplique, remettant tout en cause, est propre à calmer le zèle de ceux qui, avides de captiver l'attention du public, s'aventurent à la légère dans les questions épineuses de la microbiologie, sans justifier de connaissances techniques suffisantes.

La réponse de M. Koch s'adresse spécialement à deux des publications qui ont été dirigées contre sa découverte du bacille spécifique du choléra indien. La première de ces publications a pour auteur M. C. Lewis et a paru dans la « Lancette » anglaise (The Lancet, 20 septembre 1884, p. 513). M. Lewis a signalé dans la salive normale la présence de bacilles incurvés, ayant avec les bacilles en virgule de M. Koch une très grande ressemblance. M. Koch a fait avec ces bacilles d'origine salivaire des essais de culture dans de la gélatine, et il leur a trouvé des caractères biologiques absolument dissemblables de ceux du bacille en virgule. D'ailleurs, ajoute-t-il, un histologiste tant soit peu exercé reconnaîtra sans peine que les bacilles incurvés de la salive sont à la fois plus longs, plus grêles et moins émoussés à leurs extrémités que les bacilles du choléra ; enfin, quand l'imprégnation par la matière colorante n'est pas trop intense, le bacille salivaire présente une teinte moins foncée à ses extrémités, qu'à son milieu. Toujours est-il que ce bacille ne se développe pas dans la gélatine préparée avec de la peptone et le sérum de la chair musculaire, à réaction neutre ou faiblement alcaline, milieu de culture dans lequel le bacille du choléra se multiplie avec une activité surprenante.

La seconde publication n'est autre que la communication faite par MM. Finkler et Prior au congrès de Magdebourg et dont une analyse très détaillée a paru dans un des derniers numéros du Compte rendu général des Académies et Sociétés savantes (no 42, p. 439); nos lecteurs ont donc été à même d'en prendre connaissance. Ce sont les deux observateurs en dernier lieu cités, que vise surtout le reproche de M. Koch disant que parmi ses contradicteurs, certains ont fait preuve d'une ignorance notoire de la technique des cultures. M. Koch croit devoir rappeler en quoi consiste sa méthode de culture dans des milieux solides tels que la gélatine, méthode dont le but est d'isoler strictement les différentes espèces de bactéries en suspension dans un même produit morbide : on incorpore la masse morbide dans de la gélatine de culture préalablement fluidifiée ; on mélange le tout d'une façon aussi intime que possible, et on laisse la gélatine se coaguler sur une plaque de verre. De cette façon, les bactéries sont disséminées et fixées isolément en différents points de la masse ; chaque germe peut se multiplier à son aise, et sans mélange d'autres bactéries, à la place qu'il occupe ; on obtient ainsi des cultures pures, visibles à l'œil nu. Le principe de la méthode se réduit donc à obtenir des colonies émanant chacune d'un seul élément pathogène, d'une seule bactérie isolée. M. Koch ajoute qu'il est beaucoup plus difficile d'opérer la séparation des bactéries pathogènes et des bactéries indifférentes dans des cultures faites à la surface de tranches de pommes de terre ; c'est que les bactéries de la putréfaction, si universellement répandues, trouvent là un milieu de culture tellement favorable, que leur pullulation prédomine bientôt sur celle des autres bactéries. La pomme de terre ne peut donc servir de milieu de culture pour l'étude des bactéries pathogènes que lorsque celles-ci ont déjà été obtenues à l'état de culture pure et qu'on veut simplement savoir si elles se développent ou non dans un milieu végétal.

Or, comment ont procédé MM. Finkler et Prior? Ils ont cultivé sur de la toile, ou sur des tranches de pomme de terre, de petites particules recueillies dans les déjections de malades affectés du choléra-nostras. Ils n'ont donc pu obtenir des cultures pures ; ils n'ont pu isoler les unes des autres les différentes espèces de bactéries contenues dans la matière ensemencée. Ils ont compté, pour opérer cette séparation, sur la lutte pour la vie qui s'élève entre les différentes variétés de microbes contenues dans un même milieu, en supposant que dans cette lutte la victoire resterait à l'espèce de bactérie qui attirait leur attention. M. Koch affirme qu'il a pu se convaincre *de visu*, sur les préparations qui lui ont été adressées par MM. Finkler et Prior, que les cultures obtenues par ces derniers n'étaient pas pures, qu'elles renfermaient quatre variétés différentes de bactéries, à savoir : 1° des bactéries qui ne liquéfient point la gélatine, mais qui la colorent en vert ; 2° des bactéries plus courtes, mais rectilignes, qui ne liquéfiaient pas non plus la gélatine ; 3° les bacilles, également rectilignes, qui se développent à la surface de la culture en formant des dessins tout à fait caractéristiques, et qui liquéfient la gélatine ; 4° des bactéries qui liquéfient la gélatine, qui ont une forme

(1) Voir Gazette médicale de Paris, 1884, nos 33, 34 et 35.

(2) Le travail de M. R. Koch paraîtra *in-extenso* in Deutsche medicinische Wochenschrift, 1884, n° 45. C'est à l'obligeance de M. P. Bœrner, rédacteur en chef de ce journal, que nous devons d'offrir à nos lecteurs la primeur de ce document.

globuleuse (forme de citron). Ces dernières seules offrent de l'intérêt aux yeux de M. Koch, car ce sont celles-là que MM. Finckler et Prior ont prises pour l'analogue du bacille en virgule du choléra indien. Or elles ne présentent avec ce dernier aucune analogie de forme quand, après les avoir colorées, on les examine dans l'eau. Il faut dessécher préalablement la préparation et la déposer dans du baume de Canada, pour que les bacilles, en se déformant sous l'influence de la coloration, rappellent, quelques-uns du moins, l'aspect des bacilles en virgule de Koch. Cependant il est facile de se rendre compte qu'ils sont plus gros, plus informes que ces derniers. D'autre part, ils se développent avec beaucoup plus d'énergie et de rapidité dans la gélatine et surtout sur des tranches de pomme de terre. Les colonies qu'elles constituent dans la gélatine ont une forme arrondie, partout la même, quand on les examine à un faible grossissement ; ce sont des amas granuleux, qui fluidifient rapidement la gélatine sur une grande étendue, de telle sorte que la masse gélatineuse est liquéfiée en totalité en l'espace de deux ou trois jours, même quand le nombre des colonies est relativement faible. Au contraire, les bacilles en virgule de Koch forment dans la gélatine des amas sinueux, constitués par de petites particules très brillantes ; elles se développent avec une lenteur relative, et par suite la gélatine n'est liquéfiée que dans un petit rayon, autour de chaque îlot. Ces différences sont surtout très sensibles quand la culture se fait dans un tube à réactif. En outre, sur des tranches de pommes de terre, les bactéries de Finkler et Prior pullulent très activement à la température ordinaire (17 à 18°), en formant une masse muqueuse d'un gris jaunâtre, au pourtour de laquelle la substance de la pomme de terre apparaît d'une blancheur éclatante. Les bacilles en virgule de Koch ne végètent pas sur des tranches de pommes de terre à la même température, mais seulement quand la culture est exposée dans un incubateur à une température plus élevée ; encore leur développement est-il fort lent et donne-t-il naissance à des colonies colorées en brun foncé.

M. Koch a insisté également sur les différences morphologiques, qui se rencontrent entre les spores décrites par MM. Finkler et Prior et celles dont il a donné un dessin dans le premier volume du compte rendu des travaux de l'Office sanitaire impérial. Il fait remarquer que les recherches de MM. Finkler et Prior ont porté sur des déjections déjà putréfiées, qu'on est dès lors en droit de se demander s'il existait des rapports entre les bactéries signalées par ces deux observateurs et les accidents cholériformes présentés par les malades qui ont servi de point de départ à ces recherches. MM. Finkler et Prior, il est vrai, ont fait des préparations avec des selles fraîches. M. Koch a eu sous les yeux des échantillons de ces préparations ; il n'y a pu découvrir que les différentes variétés de bacilles que l'on trouve régulièrement dans toutes les déjections alvines, mais jamais de bacilles en virgule. M. Koch ajoute que tout récemment il a eu l'occasion d'observer trois cas de choléra-nostras, dont deux mortels ; les examens les plus minutieux faits aussi bien sur les selles que sur le contenu de l'intestin recueilli après la mort ne lui ont pas fait découvrir le moindre bacille en virgule. Tout aussi négatifs ont été les nombreux examens de déjections de toute provenance, faits à l'occasion des exercices pratiques auxquels sont astreints, à l'Office sanitaire de Berlin, des centaines de médecins qui viennent se familiariser avec la recherche technique du bacille en virgule. M. Koch conclut que rien jusqu'ici n'est venu démolir sa thèse de la spécificité du bacille en virgule, qui, selon lui, appartient en propre au choléra asiatique.

En terminant, M. Koch, à propos des recherches de MM. Rietsch et Nicati, de Marseille, fait savoir qu'il a repris les expériences de ces deux médecins : des cultures pures du bacille en virgule ont été injectées, sous une forme extrêmement diluée, dans le duodénum, à des animaux, sans que d'ailleurs on leur eût préalablement lié le canal cocholedoque. Tous les animaux ont succombé dans l'espace de 36 heures à trois jours ; leur muqueuse intestinale était hypérémiée ; le contenu de l'intestin, aqueux, incolore ou légèrement rougeâtre, renfermait des bacilles en virgule en nombre extraordinaire et à l'état de culture pure. On retrouvait donc là les mêmes lésions que chez les hommes dans les cas de choléra récent. M. Koch espère que la connaissance de ces faits rendra plus circonspects ceux qui se proposaient ironiquement d'ingérer des cultures pures du bacille en virgule, et que les cobayes serviront seuls, jusqu'à plus ample informé, à contrôler l'exactitude de ses assertions.

E. Ricklin.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE.

Les « Délicieuses » de Vals. — Ces sources, qui ont conquis si rapidement la faveur du public médical, présentent ceci de particulier, qu'elles constituent, pour ainsi dire, la gamme complète des eaux bicarbonatées sodiques. Elles sont divisées en numéros 1, 3, 6, 8.

Mais nous pouvons, cliniquement, les grouper en *fortes* (au-dessus de 4 gr.), *moyennes* (entre 2 et 4), *faibles* (au-dessous de 2). La variété, l'inégalité de la répartition minérale, provient de ce que les forages sont pratiqués à des profondeurs faibles, mais échelonnées régulièrement dans les failles du sous-sol rocheux de quartz feldspathique, qui est (comme on sait) la caractéristique du massif du Vivarais.

Les *Délicieuses* se présentent sous l'aspect d'un liquide incolore, transparent, limpide, pétillant et mousseux, d'une saveur fraîche et piquante. Leur teneur élevée en acide carbonique fait que ces eaux se prêtent à merveille à l'embouteillage et au transport, et les place au premier rang des eaux hygiéniques et médicinales. Comme usage hygiénique, elles stimulent la digestion, donnent au tube digestif une sensation particulière de bien-être ; elles sont à la fois apéritives et détersives.

Quant à leur action médicinale, elle est, selon l'expression de Durand-Fardel, intimement, essentiellement *moléculaire*, et elle aboutit finalement à deux buts : la reconstitution, la résolution. Trousseau n'a-t-il pas dit : « Le degré d'importance des alcalins est tel, qu'on peut avancer qu'ils sont aussi nécessaires à l'accomplissement de certaines fonctions que l'oxygène à la repiration ? » Et Marchal (de Calvi) : « L'humanité tourne à l'aigre : la grande diathèse contemporaine, c'est l'*acidisme*. »

Cette action intime des eaux alcalines n'est, d'ailleurs, pas une action mystérieuse. Les alcalins agissent en diminuant la plasticité du sang et en activant et facilitant les actions sécrétoires : la sécrétion gastro-intestinale, la fonction biliaire et la filtration rénale. Ils régularisent les digestions, les évacuations alvines et les sueurs, déblaient le foie et lessivent les voies urinaires. L'acide carbonique, accessoirement, vient, dans les *Délicieuses*, remonter l'asthénie digestive, en même temps qu'il manifeste son action *sédative* générale. De plus, n'est-il pas, comme on l'a dit, le *passeport du fer* et des autres *sels* capables d'enrayer la débilité générale et de combattre avec succès l'anémie et le lymphatisme ? Combien il est

précieux de posséder des eaux qui soient ainsi altérantes sans débilitation! C'est le fait des *Délicieuses*, qui, à cause de leur graduation, *habilement réalisée par la chimie de la Nature*, ménagent la susceptibilité de l'économie et, insensiblement, modifient tout son mécanisme fonctionnel. C'est ainsi que les *Délicieuses* 6, 8 dégagent le système veineux abdominal obstrué et guérissent les engorgements hémorrhoïdaires causés par la pléthore veineuse hépatique; tout cela, sans que le globule sanguin soit altéré. La preuve, c'est que la même source (j'en puis rapporter plusieurs observations) guérit les engorgements spléno-hépatiques *avec cachexie*, liés à la toxémie palustre, et est également souveraine dans la chloro-anémie rebelle. Est-ce par le fer seulement que cette action est obtenue? Non; c'est plutôt par l'ensemble de la composition de ces eaux, dont l'action est essentiellement *une action d'équilibre entre l'assimilation et la désassimilation*. Or, ces deux fonctions ne constituent elles point ce « tourbillon incessant » dont parlait Cuvier, et qui est vraiment la caractéristique de la vie, la source originelle de la santé?...

Il nous reste peu d'espace pour indiquer toutes les applications cliniques des *Délicieuses*. Boissons tempérantes dans les maladies aiguës, excitantes dans l'anorexie, elles ont (on peut le dire) une action élective sur le tube digestif. Amies de l'estomac, elles calment les vomissements gravidiques, le pyrosis, les gastralgies, le vertige stomacal, la dyspepsie des anémiques, des convalescents, des utérins, des arthritiques, des cirrhotiques, des goutteux, etc. Elles luttent contre les troubles fonctionnels de la chylopoïèse dans les dysenteries, la diarrhée de Cochinchine, le diabète lié à l'arthritisme. Elles guérissent la dysurie, la blennorrhagie, la gravelle, la cystite aiguë; elles enrayent les états catarrhaux et améliorent les dermatoses qui (comme l'urticaire, la couperose et certains eczémas) sont intimement liés à des états pathologiques de la fonction digestive. Nous avons enfin constaté les bons effets des *Délicieuses* 3 et 6 dans certaines de ces formes d'albuminuries dont Gigot-Suard et Roubaud ont démontré la nature manifestement uricémique.

(UNION MÉDICALE.) Dr PÔL. VERNON.

NOTES & INFORMATIONS

CHOLÉRA. — Depuis quelques jours, le choléra fait des victimes à Paris. Quatre malades admis à l'hôpital Saint-Antoine sont morts dans la journée du 6 novembre; trois des victimes habitaient la rue Sainte-Marguerite. Cinq autres malades étaient en traitement à l'hôpital Necker, dans la journée d'hier. Enfin, d'après le journal LE MATIN, auquel nous empruntons ces renseignements, 4 cas de choléra suivis de mort ont été signalés à la Préfecture de police dans la matinée d'hier 6 novembre. Les victimes habitaient les rues Saint-Antoine, du Temple, Coquillière et François-Miron. Dans la soirée, d'autres cas suivis de décès ont été signalés. L'autopsie d'une des victimes, pratiquée par M. Strauss, ne laisse pas de doute sur la nature du mal qui est bien le choléra épidémique.

Un bulletin officiel de la marche de l'épidémie sera publié deux fois par jour.

* *

RAPPORT ADRESSÉ AU MINISTRE DU COMMERCE PAR LE DOCTEUR A. PROUST, INSPECTEUR GÉNÉRAL DES SERVICES SANITAIRES, SUR LA PROPHYLAXIE SANITAIRE MARITIME DES MALADIES PESTILENTIELLES EXOTIQUES (PESTE, FIÈVRE JAUNE, CHOLÉRA).

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

La nature de la quarantaine différera suivant les conditions du navire, s'il est suspect ou infecté. Dans ce dernier cas, les malades seront immédiatement débarqués et rigoureusement isolés.

La durée de la quarantaine variera suivant la durée de la traversée. En effet, une maladie pestilentielle exotique a d'autant moins de chance d'être transmise par un navire que son pays d'origine est plus loin du port de débarquement. La France, l'Angleterre, l'Espagne sont en relations presque incessantes avec les pays à fièvre jaune, et cependant nous avons peu observé, en Europe d'épidémie de fièvres jaune. Cela tient à ce qu'il faut actuellement treize ou quatorze jours au minimum pour venir des Antilles à Saint-Nazaire. Il en est de même de l'Angleterre relativement au choléra: la distance de Bombay à Southampton ne peut être franchie rapidement malgré tous les progrès de la navigation. Le choléra n'a été importé en France que deux fois depuis vingt ans, en 1865 et en 1884. Mais la situation est toute différente lorsque la traversée est courte.

Malgré les quarantaines imposées récemment par l'Algérie aux provenances de France et d'Espagne, le choléra ne s'est pas moins montré à Oran et au lazaret du fort Génois, près de Bône. Il n'y a de garantie, lorsque la traversée est courte, que dans la longue durée des quarantaines. C'est ce que vient de prescrire la Sicile, qui a soumis à une quarantaine de 21 jours les provenances de la péninsule italienne. Messine, Palerme ont pu rester ainsi indemnes, malgré le voisinage de Naples, qui présentait une mortalité effroyable.

Palerme se souvient des désastres des épidémies précédentes: sur une population de 240,000 habitants, elle a perdu jusqu'à 1,000 cholériques par jour; aussi préfère-t-elle mettre des entraves à son commerce plutôt que d'exposer un instant sa sécurité.

Mais ces longues quarantaines ne sont possibles que dans certaines circonstances particulières, là où les relations sont peu suivies. Supposons au contraire l'Angleterre envahie: traversée très courte, relations incessantes; nous procéderions alors comme si l'Angleterre était sur le continent et nous ne prescririons aucune quarantaine, dans le cas de navire simplement suspect bien entendu, puisque ce serait pour ainsi dire prescrire une quarantaine terrestre, et que notre doctrine ne permet pas d'attacher, dans nos pays à populations denses, la moindre valeur aux quarantaines terrestres.

Il me reste à dire quelques mots des rapports que présentent entre elles les mesures de désinfection et les mesures de quarantaine, et de l'influence qu'ont l'une et l'autre sur la protection de la santé publique.

Dans certaines circonstances données, toutes deux sont nécessaires pour prévenir l'importation dans notre pays des germes morbifiques; mais la désinfection a certainement le premier rôle et le plus important. Sans elle, en effet, la quarantaine n'est qu'un leurre. Prescrivez-la pendant des semaines; et une fois qu'elle est terminée, si vous laissez sortir les passagers avec leurs bagages remplis de linge plus ou moins infecté, avec leurs vêtements pouvant contenir des germes morbifiques, vous n'avez rien prévenu, vous n'avez fait que prescrire une mesure vexatoire, troublant les intérêts commerciaux; mais vous n'avez sauvegardé en rien la santé publique.

La désinfection seule, au contraire, peut rendre la quarantaine presque inutile dans certains cas, et donner cependant une garantie presque complète à la santé publique.

Si, en effet, la désinfection a été rigoureuse pendant le voyage, sur les navires qui ont à parcourir une longue traversée, comme ceux de l'Inde et des Antilles, qui nous intéressent particulièrement, une inspection médicale sérieuse à l'arrivée donnera une garantie suffisante. Si cette inspection permet de constater l'absence de maladie pestilentielle pendant le voyage et au moment de l'arrivée, si l'agent sanitaire a l'assurance que toutes les mesures de désinfection ont été rigoureusement exécutées, si l'on peut avoir confiance dans la déclaration du médecin (qui doit être un médecin de la marine commissionné), la libre pratique sera accordée immédiatement, sans même qu'une observation de 24 heures soit prescrite.

Si donc le commerce, les grandes compagnies de navigation veulent voir disparaître les entraves que leur cause l'emploi des mesures restrictives, elles doivent, par leur bonne volonté, par leurs déclarations sincères, par une désinfection réellement effective, donner un gage sérieux à la santé publique. Et comme il existe une sorte de corrélation entre les garanties fournies par les mesures de désinfection et les mesures de quarantaine, l'administration sanitaire pourra diminuer, sans inconvénient, la durée des quarantaines, en raison des garanties données par la rigueur de la désinfection.

Si donc le commerce veut arriver à voir disparaître les dernières entraves quarantenaires, il doit faire exécuter les mesures que nous venons de conseiller, et rassurer par ses procédés et sa sincérité les populations chez lesquelles la crainte des maladies pestilentielles éveille l'intérêt bien naturel de la conservation.

Si la désinfection était rigoureuse, il n'y aurait plus en Europe d'importation de choléra, ni de fièvre jaune, puisque les navires venant des pays originairement contaminés ont toujours une longue traversée.

Et si l'on pouvait établir un système international de protection et de défense sur la mer Rouge, nous n'aurions plus à prescrire en Europe, une fois que le choléra y sera éteint, de mesures quarantenaires contre cette maladie.

Nous pouvons espérer voir cet avenir se réaliser; mais en attendant que, des deux armes que nous possédons, la première soit devenue parfaite, nous ne pouvons encore renoncer à la seconde, qui disparaîtra d'elle-même lorsque la première donnera tous les résultats qu'on est en droit d'en attendre. Avant que cet avenir se réalise, nous devons maintenir le règlement de police sanitaire de 1876, règlement qui est l'œuvre de M. Fauvel et qui est déjà un adoucissement des règlements antérieurs. Il doit rester jusque-là notre palladium.

Tels sont les principes qui nous semblent devoir dicter les décisions de l'administration sanitaire française; ces principes, d'ailleurs, sont ceux du comité d'hygiène et de l'Académie de médecine.

Vous le voyez, monsieur le ministre, la plupart des entraves produites par les quarantaines ne sont que l'effet de l'inobservance à bord des règles hygiéniques les plus élémentaires, et ces entraves disparaîtront presque complètement le jour où le commerce et les grandes compagnies de navigation voudront faire exécuter, sur les bâtiments qui leur appartiennent, des prescriptions sanitaires rationnelles.

Veuillez agréer, monsieur le ministre, l'hommage de mon profond respect.

L'inspecteur général des services sanitaires,
Signé : A. PROUST.

Le Comité consultatif d'hygiène publique de France a approuvé les conclusions de ce rapport dans sa séance du 27 octobre 1884.

— CONGRÈS DE LA CROIX-ROUGE — A l'occasion du Congrès international de la Croix-Rouge, qui vient de se tenir à Genève, les chirurgiens de l'armée fédérale ont renouvelé les expériences faites récemment à Vienne et à Londres pour l'éclairage électrique des champs de bataille, afin de porter secours aux blessés dans la nuit qui suit un combat.

Cette expérience a eu lieu à la plaine de Plainpalais; cinquante gymnastes figuraient les blessés; cent pompiers faisaient l'office de brancardiers, cinquante celui d'infirmiers.

Au signal, la lumière électrique était projetée; les chirurgiens et les brancardiers ont commencé leurs recherches; ils ont constaté que cette lumière était suffisante pour les opérations chirurgicales.

— LEGS. — Un riche propriétaire vendéen, M. Tortreux, vient de léguer à la petite ville de Saint-Gilles-sur-Vie (Vendée) la somme de 400,000 francs pour la création et l'entretien d'un hôpital.

R. F. D.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de M. le docteur Fauvel, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu, vice-président de l'Académie de médecine, ancien inspecteur général des services sanitaires au ministère du commerce, officier de la Légion d'honneur.

— Nous recevons la nouvelle de la mort de M. Lesage, aide de clinique au laboratoire de l'Hôtel-Dieu. M. Lesage meurt à l'âge de vingt-quatre ans, avant de recueillir le fruit d'un travail assidu. Dès le commencement de ses études, il s'attacha au laboratoire de l'Hôtel-Dieu, tout en suivant le cours régulier de ses études médicales; il s'est fait remarquer par des travaux d'histologie et de physiologie expérimentale. Il a publié des recherches sur l'adonis vernalis, sur les sels de potassium. En collaboration avec M. Bourceret, des recherches très appréciées ont été faites sur le système veineux de la main. Sa mort laisse de vifs regrets.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort subite du docteur Guilland père (d'Aix-les-Bains); du docteur J.-F. Duval, médecin en chef de l'hôpital d'Arles, tué par un accident de voiture; du docteur Charles-Claude Bernard, à Bordj-bou-Arreridj (Constantine).

*
* *

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Les délégués des Facultés de médecine viennent de se réunir à Paris pour y discuter divers sujets concernant l'organisation actuelle. L'initiative de cette réunion a été prise par la Faculté de Bordeaux.

La première réunion a eu lieu le 20 octobre dernier à la Faculté de médecine de Paris, salle des thèses. Elle était présidée par M. Béclard, doyen de la Faculté de médecine de Paris.

Étaient présents :

Paris : MM. Brouardel, professeur, et Terrillon, agrégé;
Montpellier : MM. Moitessier, professeur, et Hamelin, agrégé;
Nancy : MM. Heydenreich, professeur, et Spillmann, agrégé;
Bordeaux : MM. Bouchard, professeur, et Rondeau, agrégé;
Lyon : MM Gayet, professeur, et Bar, agrégé.

La Faculté de Lille s'était abstenue.

La délégation a décidé de demander immédiatement, vu l'urgence, la modification du décret du 20 août 1882 concernant les suppléances. Par suite de ce décret, un professeur malade perd, pendant un an, la presque totalité de son traitement. Ainsi un professeur de quatrième classe, dont le traitement régulier est de 6,000 francs, doit donner 5,500 francs à son suppléant, plus 300 fancs pour retenue afférente à la retraite. Il ne lui reste, s'il prend *régulièrement* un suppléant, que 200 francs par an.

Voici la modification demandée ; on ajouterait à l'article II du décret :

« Dans les Facultés de médecine, la retenue ne pourra excéder la somme qui, ajoutée au traitement de l'agrégé, constitue un traitement minimum de professeur de quatrième classe. »

Autre modification :

« Le titulaire peut se faire suppléer aux examens en abandonnant sur son traitement la moitié d'une suppléance complète.

La durée de chaque suppléance (qui, d'après le décret précité, doit être d'une année entière) est fixée par le ministre après avis de la Faculté. »

La délégation a également émis le vœu que « les professeurs et agrégés des Facultés mixtes soient mis aussitôt que possible sur le même pied que leurs collègues des Facultés de l'Etat ».

Un autre vœu, accepté également, a été formulé dans les termes suivants :

« Participation effective de tous les agrégés à l'enseignement sous forme de travaux pratiques, cours annexes, conférences. »

Beaucoup d'autres questions vont être étudiées par des commis-

sions locales, et la discussion générale reprendra à Paris en mars prochain.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. le docteur Lacour (Pierre) est nommé aide de clinique médicale en remplacement de M. Mathieu, démissionnaire.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE CAEN. — M. Leroy de Langevinière, ancien directeur, est nommé directeur honoraire de ladite École.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE REIMS. — Un concours pour un emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie s'ouvrira le 1er juin 1885. — Un concours pour un emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle s'ouvrira le 15 juin 1885. — Un concours pour un emploi de chef des travaux chimiques et physiques s'ouvrira le 1er juillet 1885.

FACULTÉ DES SCIENCES DE GRENOBLE. — M. Bérard est nommé préparateur de zoologie, en remplacement de M. Esprit, démissionnaire.

FACULTÉ DES SCIENCES DE LYON. — M. Licard, professeur de zoologie, est nommé pour trois ans doyen de ladite Faculté, en remplacement de M. Loir, nommé doyen honoraire.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — M. Nicolas Duranty, professeur d'anatomie pathologique, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de pathologie interne, en remplacement de M. Villard, appelé à d'autres fonctions. — M. Laget, professeur de thérapeutique, est transféré, sur sa demande, dans la chaire d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Nicolas Duranty appelé à d'autres fonctions.

***

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. le docteur Descroizilles a commencé ses leçons de pathologie et de clinique infantiles le vendredi 7 novembre, à neuf heures, à l'amphithéâtre, et les continuera les vendredis suivants à la même heure. Examen des malades avant la leçon, salle Saint-Augustin.

Le mardi, à la consultation, conférence de thérapeutique.

— L'École d'anthropologie ouvrira le samedi 8 novembre 1884 à quatre heures, au siége de la Société d'anthropologie, 15, rue de l'École-de-Médecine. Les cours se succèderont dans l'ordre suivant :

M. de Mortillet. — Anthropologie préhistorique, le lundi à quatre heures, à partir du 10 novembre.

M. Blanchard. — Anthropologie biologique, le lundi à cinq heures, à partir du 17 novembre.

M Topinard. — Anthropologie générale, le mardi à quatre heures, à partir du 18 novembre.

M. Dally. — Ethnologie, le mercredi à quatre heures, à partir du 12 novembre.

M. Hervé. — Anthropologie zoologique, le mercredi à cinq heures, à partir du 12 novembre.

M. Mathias Duval. — Anthropologie zoologique, le vendredi à cinq heures, à partir du 14 novembre.

M. Hovelacque. — Anthropologie linguistique, le samedi à quatre heures, à partir du 8 novembre.

M. Bordier. — Géographie médicale, le samedi à cinq heures, à partir du 15 novembre.

POLICLINIQUE DE CHIRURGIE DES FEMMES *du docteur Berrut, rue de Bellechasse, 29*. — Du 1er novembre au 31 août de chaque année.

Le jeudi à neuf heures : leçon ouverte aux médecins, élèves et sages-femmes, sur la présentation de leur carte ; — à dix heures : consultations ouvertes aux auditeurs inscrits. — On s'inscrit de trois à cinq heures.

— M. le docteur Delefosse reprendra son cours sur les voies urinaires à l'École pratique, le mardi 11 novembre à cinq heures du soir, amphithéâtre no 1, et le continuera les vendredis et mardis à la même heure. Il traitera cette année « de la rétention d'urine ».

***

HÔPITAUX DE LYON. — A la suite des concours des 29 et 30 octobre 1884, ont été nommés externes :

1o MM. Curtillet, Dolard, Michon, Paillart, Merley, Fabre, Durand, Lacroix, Sigaud, Didier, Laurençon, Alamartine, Perré, Jacquemard, Brosset, Bonnefoit, Ferré, Chabalier, Champion, Fayard.

2o Dumollard, Laurent, Boffard, Duchesneau, Cuche, Mathieu, Louis, Waton, Vacher, David, Chalus, Menu, Jaussaud, Mugniery, Gourju, Millière, Dormand et Serullaz.

***

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret en date du 30 octobre 1884, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur : MM. Chédan, médecin de 1re classe de la marine, et Bayard, médecin-major de 2e classe.

— Par décret en date du 14 octobre 1884, ont été nommés dans le cadre des médecins et pharmaciens de réserve :

1o *Au grade de médecin principal de première classe* : M. Libermann, médecin principal de première classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878.

2o *Au grade de médecin principal de deuxième classe* : M. Sarazin, médecin principal de deuxième classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878.

3o *Au grade de médecin aide-major de deuxième classe* : MM. les docteurs en médecine Petitot, Luc, Martinet, Colson, Souquière, Dubourd, Contancin, Amiot, Lacaze, Doit, Jégu, Leplichey, Boudaud, Faille, Guérin, Bouchet, Flous, Hache, Sallé, Benoît, Charles, Desmons, Berthet, Dorion, Ressein, Lavergne, Guesdron, Borderency, Journès, Houel, Gros, Pascal, Bruneau, Vaquer, Jollet, Laprévotte, Delespierre, Billaux, Rocheblave, Gaillot, Folliot, Chauveau, Dignat, Peyret-Dortil, Cauvet, Desprez, Thiroux, Lallot, Traby, Riberolles et Vorenx.

4o *Au grade de pharmacien aide-major de première classe* : MM. les pharmaciens diplômés de première classe Camus, Leidié, Preud'homme, Garet, Lhéritier, Boubel, Radiguet, Rogez, Levrey, Vedie, Riethe, Guiraud, Dulau, Thibault, Lutz, Julien, Ducret, Gramond, Dutertre et Dupont.

— Par décret en date du 14 octobre 1884, ont été nommés dans le cadre des médecins et pharmaciens de l'armée territoriale :

1o *Au grade de médecin principal de première classe* : MM. les médecins principaux de première classe de l'armée active ci-après dénommés, retraités dans les conditions de la loi du 22 juin 1878, Péruy, Reeb, Raoult-Deslonchamps, Delcominète, Boulongne, Lagarde et Lèques.

2o *Au grade de médecin principal de deuxième classe* : M. de Courtois, médecin principal de deuxième classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878.

3o *Au grade de médecin-major de première classe* : MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active ci-après dénommés, retraités dans les conditions de la loi du 22 juin 1878, Marcenac, Jacquemart, Martrés, Petit, Fristo, Bouchard, Lacipière, Ladoire, Roux, Belay, Levi, Guirard, Bernard, Marteau, Maratray, André, Jourdan, Bontemps, Jean et Ducharme.

4o *Au grade de pharmacien-major de première classe* : M. Tricot, pharmacien-major de première classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878.

— Par décret en date du 29 octobre 1884, ont été nommés dans le cadre des médecins de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de 1re classe. — M. de Jeauffreau-Blazac, médecin démissionnaire de l'armée active :

Au grade de médecin aide-major de 2e classe. — MM. les docteurs Dusaussay, Delisle, Huchard, Magne, Jaumes, Andic, Merklen, Olivier, Ledermann, Gabriel, Chambrelent et Henry.

— Par décret en date du 3 novembre 1884, ont été promus ou nommés dans le corps de santé de la marine, après concours :

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Bertrand, Randon, Brou-Duclaud, Lemarchand, Raffaelli, Jabin-Dudognon, Machenaud, Le Landais, Bohéas, Arami, Deschamps, Couteaud, Mortreuil, Nicolas, Hahn, Chabaud, Desmoulins, Borély, Pagès et Long.

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les aides-médecins ou auxiliaires de deuxième classe Rousseau, Pascal, Bahier, Charrin, Le Méhauté, Hugé, Damany, Frintet, Lota, Durand, Bonain, Branellec, Cardes, Vinas, Haneur, Suard, Mathé (auxiliaire), Grognier, André dit Duvignean, Amiaud, Ollivier, Duville, Métin, Gervais, Chauvet, Triaud, Audibert, Deblenne (auxiliaire), Vigné, Jollet, Recoules, Deslandes, Leclerc, Négrette, Crozat, Vian, Laugier, Lacarrière, Casanova, Duprat, Borius, Nollet, Percheron et Rohy.

Au grade d'aide-médecin. — MM. les étudiants Martel, Brossier, Loussot, Labadens, Rouxel, Fontaine, Bossuet, Le Roy, Bonain, Hondart, Brauzon-Bourgogne, Gargam, Boullangier, Dusault, Jourdan, Boonescuelle de Lespinois, Rousselin, Montfort, Besnard, Dumas, Allain, Martenot, Sisco, Caire, Marchoux, Debray, Brochet, Lafaurie, Kérébel et Emonet,

Au grade de pharmacien de première classe. — M. le pharmacien de deuxième classe Durand.

Au grade de pharmacien de deuxième classe. — MM. les aides-pharmaciens Sambuc, Kérébel et Brun.

Au grade d'aide-pharmacien. — MM. les étudiants Magnus, Auché et Dezeuze.

DÉCÈS NOTIFIÉS AU BUREAU MUNICIPAL DE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS DU VENDREDI 24 AU JEUDI 30 OCTOBRE 1884.

Fièvre typhoïde 24. — Variole 0. — Rougeole 34. — Scarlatine 0. — Coqueluche 4. — Diphthérie, croup 30. — Dysentérie 0. — Erysipèle 5. — Infections puerpérales 5. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 45. — Phthisie pulmonaire 207. — Autres tuberculoses 11. — Autres affections générales 61. — Malformation et débilité des âges extrêmes 51. — Bronchite aiguë 26. — Pneumonie 67. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 33, — au sein et mixte 23. — Inconnu 8. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 103. — de l'appareil circulatoire 58. — de l'appareil respiratoire 73. — de l'appareil digestif 51. — de l'appareil génito-urinaire 25. — de la peau et du tissu lamineux 2. — des os, articulations et muscles 6. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 2. — Epuisement 0. — Causes non définies 1. — Morts violentes 29. — Causes non classées 8. — Total de la semaine : 989 décès.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

55e année. 7e série. Tome Ier. N° 46 15 NOVEMBRE 1884

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

CLINIQUE CHIRURGICALE

SUR UN CAS DE FISTULE STERCORALE. — Hôpital de la Charité. M. le docteur BOUILLY, suppléant le professeur TRÉLAT (1).

Je vais vous entretenir aujourd'hui d'une affection intéressante et rare, appartenant néanmoins à la chirurgie pratique. Cette affection mérite surtout d'être étudiée dans sa pathogénie et ses indications thérapeutiques.

Il s'agit d'une fistule ouverte à la paroi abdominale antérieure et amenant d'une manière permanente au dehors des matières et des gaz venant de l'intestin. Cette fistule est portée par une jeune fille âgée aujourd'hui de dix-neuf ans et tenue depuis longtemps en observation dans les salles de la clinique.

Pendant toute sa première enfance, elle a subi cet écoulement stercoral, du reste moins abondant que maintenant, comme un simple inconvénient; aujourd'hui qu'elle est devenue une grande et belle fille, elle est fort peinée de cette infirmité pénible et répugnante, qui la met dans un véritable état d'infériorité sociale.

L'histoire de cette jeune fille a déjà été tracée en partie dans une clinique du professeur Trélat, rapportée dans la thèse du docteur Nicolas publiée en 1883 (1). Le début des accidents remonte à l'âge de trois ans; à cette époque, l'enfant eut un abcès à l'ombilic, entra bientôt dans le service de M. Marjolin à l'hôpital Sainte-Eugénie, et dut porter un bandage ombilical.

A l'âge de quatorze ans, elle cesse de porter le bandage et bientôt après un nouvel abcès apparaît à l'ombilic, et à la suite de cet abcès une fistule s'établit. L'orifice de cette fistule donne issue à du pus, à du sang, à des matières d'aspect jaunâtre.

Je la vis une première fois pendant les vacances de 1882, alors que je remplaçais le professeur Trélat à l'hôpital Necker. Elle portait une hernie ombilicale grosse comme une noisette, parfaitement réductible. Au-dessous et à droite de l'ombilic se trouvait un orifice fistuleux, petit, surmonté d'une saillie rougeâtre; le stylet introduit dans cet orifice conduisait dans un trajet profond de 5 à 6 centimètres suivant la direction d'une ligne qui se dirigerait de l'ombilic vers l'épine iliaque antérieure. Dans toute l'étendue de la région sous-ombilicale à droite, on sentait un empâtement, une induration profonde, sur laquelle glissait la peau.

Après avoir longuement et à plusieurs reprises examiné la malade, M. Trélat fit au commencement de 1883 une opération dans le but de détruire la cavité diverticulaire du trajet et de rechercher dans la mesure du possible l'orifice intestinal dans ce trajet. A la suite de cette opération, l'écoulement qui s'opérait par la fistule diminua d'une manière très notable, mais

(1) Leçon recueillie par le docteur Coudray, chef de clinique.

(1) *Sur deux variétés de fistules ombilicales.*

FEUILLETON

Chronique de l'Étranger

La femme-médecin à Paris et ailleurs. — L'université de Londres. — L'Association des membres du collège des chirurgiens et la représentation des médecins au Parlement. — L'Ecole supérieure médicale de New-York.

L'homme s'agite et la femme le mène! Tel est l'axiome bien connu, quelque peu modifié, qui nous vient au bout de la plume, après avoir lu l'avalanche d'articles, auxquels a donné lieu, chez nous, la question de l'internat des femmes. Des craintes exagérées et du sentiment par parties égales, un peu de passion, beaucoup moins de logique, mêlez selon l'art d'écrire, et..... vous aurez pour conclusion, avant peu de temps, honorés confrères qui n'en voulez pas, des femmes internes.

En vérité, je pense, comme plusieurs d'entre vous, que la véritable place de la femme est au foyer domestique, qu'elle doit surtout nourrir, élever et diriger l'éducation des enfants qu'elle a bien voulu faire; mais de là, à croire, comme quelques-uns, que la société sera en péril parce qu'il aura plu à quelques femmes de passer par l'internat après avoir subi les dures épreuves du concours, il y a loin. Il semblerait, à en juger par les mercuriales des adversaires de l'internat, que toutes les femmes de France vont concourir. Il est plus probable, au contraire, qu'un bien petit nombre vont se risquer dans une carrière si pénible, et si quelques femmes ne se sentent pas de goût pour le rôle de mère de famille, si ces femmes un peu plus de notre sexe que du leur, à la barbe près, se croient attirées vers la profession médicale, pourquoi les en empêcher? Notre excellent confrère et ami Laborde a raison. Vous voulez bien qu'elles soient externes, puisqu'elles feront plus tard des médecins plus instruits que la plupart des élèves dont toute l'instruction se sera faite en dehors de l'hôpital, et vous leur refusez de passer par l'internat, le moyen le plus puissant de perfectionner leur savoir? L'on a objecté aussi les indispositions physiologiques, la grossesse, etc. Mais il nous paraît que c'est là un hors-d'œuvre. Tout interne masculin qui demeure absent de son service pour cause de maladie ou pour toute

ne se tarit pas complètement, si bien qu'an bont d'nn certain temps les matières s'écoulaient non plus par l'orifice primitif de la fistule, mais par nn orifice résultant de l'opération et situé an point déclive du trajet fistuleux primitif.

A l'heure actuelle, nous nous trouvons en présence de cette fistule donnant issue à du pus, à des matières jaunâtres, à des gaz, fistule intestinale à n'en pas douter. L'orifice cutané assez considérable laisse pénétrer un drain qui, comme calibre, représente environ un n° 20 ou 22 de la filière Charrière. Le trajet qui fait suite à cet orifice présente une étendue de 10 à 12 centimètres; le stylet ou la sonde cannelée qui l'explorent pénètrent peut-être même jusque dans l'intestin. Le tégument qui entoure cet orifice est le siège d'un érythème assez intense, dû à l'irritation continuelle que provoque le passage des matières.

Bien qu'il s'écoule une certaine quantité de matières fécales par l'orifice de la fistule, puisque le pansement quotidien est largement souillé de matières d'un aspect non douteux, l'anus donne passage à une proportion à peu près normale de fèces; c'est dire, en d'autres termes, que nous sommes en présence non d'un anus contre nature détournant les matières de leur cours habituel, mais d'une simple fistule.

L'origine de cette fistule n'est pas sans présenter quelques obscurités d'interprétation. Dans la clinique que j'ai déjà citée, M. Trélat a émis l'hypothèse d'un corps étranger (un helminthe peut-être) ayant enflammé, puis ulcéré la paroi intestinale; d'où la formation d'un abcès au voisinage de cette lésion intestinale et une fistule consécutive. C'est là, en effet, une hypothèse très vraisemblable; mais on comprend qu'en pareil cas il soit impossible d'acquérir une certitude.

Quelle que soit sa cause réelle, cette fistule ne s'ouvre pas directement de l'intestin à l'extérieur, ce n'est pas une fistule directe; il existe entre les orifices intestinal et cutané une cavité intermédiaire; or cette cavité intermédiaire constitue la caractéristique d'une variété de fistules intestinales désignées sous le nom de *fistules stercoro-purulentes*. Elle est un élément très important à considérer en ce qui concerne le traitement. Dans notre cas donc, cette cavité existe, mais elle est réduite aux dimensions d'un simple trajet.

Le mécanisme de formation de ces fistules est tout différent de celui qui ouvre l'intestin dans la gangrène de l'étranglement herniaire ou dans une plaie intestinale. La formation de la fistule est précédée d'un abcès siégeant soit dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, soit plus superficiellement dans la paroi abdominale. L'origine de cet abcès peut être soit une lésion de l'intestin, soit une lésion de la paroi; la condition importante consiste dans l'adhérence de l'intestin à l'un des points du foyer et la communication à un moment de son ... libre avec ce foyer. La matière et les gaz passent en plus ou moins grande quantité dans la poche et les éléments d'une fistule stercoro-purulente sont constitués. Que, d'autre part, l'abcès s'ouvre ou soit ouvert à l'extérieur, du côté de la peau, et la fistule est faite. Tantôt l'écoulemsnt fécal s'établit d'emblée, tantôt il ne se montre que plus tard, apres l'ouverture de l'abcès. Un jour, avec le pus, on trouve dans les pièces de pansement une petite quantité de matières d'apparence fécale.

Lorsqu'elles succèdent à des nlcérations simples, la guérison peut s'opérer après la senle onverture de l'abcès, si l'orifice intestinal est petit et si l'onverture extérienre est large et suffisante pour l'écoulement des matières. Ce résnltat heureux n'est pas obtenu qnand les ulcérations sont de natnre tuberculense. Dans d'autres cas, sans que l'on sache pourquoi, la guérison n'a pas lieu, et la fistule persiste. M. Verneuil pense que la rétention du pus dans la poche intermédiaire doit être considérée d'une manière générale comme la cause habituelle de cette persistance de la fistule, et comme corollaire de cette croyance il conseille la large ouverinre de la cavité.

Les résultats observés peu de temps après cette intervention sont satisfaisants; peut-être le sont-ils moins lorsqu'on est dans la possibilité de revoir les malades assez longtemps après; mais il y a lieu à cet égard de faire un groupe à part des fistules liées à des ulcérations tuberculeuses et de ne pas faire retomber sur la totalité des fistules la gravité du pronostic que présentent les fistules tuberculeuses.

Il existe encore beaucoup d'incertitude sur la conduite à tenir en présence des fistules stercoro-purulentes. M. Verneuil préconise la large incision du trajet et de la poche intermédiaire, la cautérisation au fer rouge du fond de la cavité et même de l'orifice intestinal. Létiévant aurait eu un succès complet dans un cas en appliquant ce procédé; mais il faut bien dire que les faits de guérison semblent surtout avoir été observés dans des fistules datant de peu de temps.

On s'est enhardi dans la voie opératoire, et M. Julliard (de

---

autre cause peut encourir les rigueurs de l'administration; il en sera de même pour les femmes, voilà tout.

Mais je m'aperçois que je ne suis pas à l'étranger, seule partie de la sphère où mon feuilleton doit se mouvoir. Je voulais simplement dire que, à l'inverse de ce qui se passe chez nous, la question de la femme médecin gagne chaque jour du terrain Sans parler de l'Amérique où cette question est jugée depuis longtemps, la prude Angleterre y arrive bon gré mal gré. Alors que la France était la première à enregistrer les étudiantes, sans objection pour leur sexe, la Grande-Bretagne avait commencé par faire la sourde oreille; aujourd'hui, c'est le contraire. Paris voudrait refuser les femmes; l'Angleterre, cédant à l'opinion et, il faut bien le dire, à quelques essais qui n'ont présenté aucun inconvénient, les admet de plus en plus. Tous les ans, à la rentrée des cours, quelque université ou collège leur ouvre ses portes, et si cela continue nous verrons les étudiantes françaises passer le détroit. Le mieux, à mon avis, serait de laisser chacun, ou chacune, embrasser la profession qui lui plaît. L'on a raison de crier casse-cou aux gens, mais l'on n'a pas le droit de les empêcher de se le rompre!

— L'Université de Londres voit chaque année, paraît-il, le nombre de ses gradués diminuer. Sur le chiffre total des médecins anglais, 61 pour 100 ont pris leurs degrés en Ecosse. Il semblerait résulter de la lecture des journaux de Londres que cela tient à ce que les programmes de l'Université de cette ville sont arriérés. L'intervalle qui sépare les premiers examens serait beaucoup trop long et le prix de ces examens beaucoup trop cher.

— Un comité de l'Association des membres du collège des chirurgiens a décidé de présenter une requête au premier ministre afin qu'il ajoute dans une nouvelle loi que les médecins légaux, c'est-à-dire dûment enregistrés, de la Grande-Bretagne et de l'Irlande, auront à l'avenir deux représentants dans le Parlement. La LANCET anglaise, fort incrédule, ajoute que le Parlement serait plutôt disposé à faire une addition de millions à la représentation qu'une addition de représentants.

— Le LONDON MEDICAL RECORD consacre son numéro du 15 septembre au programme et à la réouverture des cours des universités et Facultés de médecine en Europe et en Amérique. C'est le numéro des étudiants. Je relève, en ce qui concerne l'Europe, un assez grand nombre d'erreurs de détails, très faciles à commettre, si l'on songe

Genève) n'a pas craint, pour opérer la cure d'une de ces fistules, de pratiquer la laparotomie, d'aviver et de suturer l'intestin; c'est là un procédé qui ne manque pas de séduction.

Dans un cas même, Billroth a fait la résection des deux bonts de l'intestin et leur suture circulaire; il est vrai que son malade, atteint d'un anus contre nature véritable, se trouvait dans un état extrêmement grave, justifiant une intervention aussi hardie. Chez notre jeune fille, les conditions sont un peu différentes; la santé est satisfaisante, bien qu'il existe un peu d'anémie. Nous n'avons donc pas la main forcée, et nous ne sommes pas autorisé à tenter une opération aussi hasardeuse.

Je crois, pour ma part, qu'il y a des distinctions à établir pour le traitement de ces fistules et qu'il est prudent de prendre pour guides certaines circonstances qui ne peuvent être décidées que pendant l'opération. Cette profession de foi éclectique étant faite, j'ai l'intention de mettre à nu le trajet par une incision faite sur la sonde cannelée, de disséquer les parois plus ou moins indurées et organisées de ce trajet, puis enfin de chercher l'orifice intestinal. A cet égard, je ne me dissimule pas les difficultés que je puis rencontrer.

Si cet orifice est petit, s'il ne mesure pas plus de 1 cent. à 1 cent. 1/2, les adhérences qu'il présente avec les tissus voisins seront libérées; les bords de cet orifice étant excisés, nous pratiquerons la suture de Lembert accolant les surfaces péritonéales. En tout cas, je ne ferai pas de réunion des parties molles superficielles, d'abord pour prévenir les accidents de rétention et de diffusion des matières qui pourraient succéder à un échec de la suture, ensuite pour bénéficier de la cicatrisation par granulations, laquelle peut tout combler de la manière la plus simple.

Cette intervention, en somme, dans laquelle on n'ouvre qu'un très petit point du péritoine, ne présente pas une grande gravité, les adhérences voisines prévenant la pénétration intrapéritonéale.

La malade a subi une certaine préparation à cette opération: depuis quatre jours, on lui administre deux lavements; dans les vingt-quatre dernières heures, elle a été soumise à un véritable jeûne, de manière à obtenir une vacuité aussi complète que possible de l'intestin, et elle a été baignée et lavée à plusieurs reprises pour assurer l'asepsie de la région.

PATHOLOGIE MÉDICALE

De la coniase biliaire et de ses symptômes, par M. le docteur Merle, médecin consultant à Vichy (1).

Je désirerais appeler l'attention sur une affection fort peu connue, malgré sa fréquence : la fabrication du sable par le foie, que je proposerais volontiers d'appeler du nom de coniase biliaire (κονις, poussière) ou hépatique, au lieu de gravelle biliaire. Cette dénomination permettrait de ne pas la confondre avec la gravelle urique.

Pour moi, je suis convaincu que la coniase biliaire, à l'exclusion de toute colique hépatique, est aussi fréquente et peut-être plus fréquente que la gravelle urique. Seulement elle échappe plus facilement à l'attention du malade et du praticien qui n'examinent pas assez scrupuleusement les *egesta* de la digestion.

An tome III de sa *Clinique médicale* (page 213), Trousseau, dans sa leçon sur la colique hépatique, parle de la gravelle biliaire, mais seulement en tant que colique hépatique, sans en décrire les symptômes spéciaux.

Dans son excellent traité des coliques hépatiques, mon honorable confrère M. le docteur Sénac n'en fait aucune mention, ou du moins est-elle passée inaperçue par moi malgré l'intérêt que j'ai eu à lire et à relire son ouvrage. Il a peut-être en raison, car ces deux affections, de même nature et se développant sur le même terrain, constitution arthritique, diffèrent totalement dans leurs manifestations.

M. le docteur Willemin, dans son ouvrage fait de main de maître (coliques hépatiques), mentionne bien la gravelle biliaire, mais seulement comme conséquence et résultat des coliques hépatiques. Il n'en fait pas et n'a pas eu l'idée d'en faire une maladie essentielle.

Seul, Fauconneau-Dufresne s'étend assez longuement sur le sable hépatique. Il en décrit la forme, la couleur des corpuscules, mais il reste complètement muet sur les symptômes cliniques.

De ces symptômes les uns sont généraux et les autres locaux.

(1) Communication faite à la Société des sciences médicales de Gannat.

aux modifications incessantes qui se produisent dans les règlements et usages administratifs des corps enseignants. En ce qui concerne l'Amérique, où je suis moins compétent, j'ai lu avec intérêt l'organisation de l'Ecole supérieure médicale de New-York.

C'est en 1882 que cette Ecole a été fondée. Elle est destinée, non aux étudiants non gradués en médecine, mais aux médecins déjà reçus, afin de perfectionner leur instruction. Elle ne décerne point de grades. Il y a un dispensaire, un hôpital, des laboratoires. Point de leçons théoriques, mais des leçons de clinique; point de démonstrations sans sujets ou pièces anatomiques et pathologiques. Les médecins gradués peuvent prendre une carte dont le prix varie selon la matière enseignée pour chaque branche de la médecine, dans laquelle il désire se perfectionner, aussi bien l'anatomie que la médecine, la chirurgie, les accouchements, les maladies syphilitiques, celles des enfants, du système nerveux, etc. Il y a aussi des cours spéciaux pour ceux qui se destinent au corps de santé militaire, à la marine, etc. C'est une innovation. Cent dix-huit médecins se sont inscrits en 1883.

Dr A. Dureau.

Concours entre les internes en médecine des asiles de la Seine pour l'obtention d'une bourse de voyage. — La question sortie est :

Estomac : anatomie et physiologie. Du délire dans les maladies aiguës.

Les autres questions dans l'urne étaient :

Corps strié : anatomie et physiologie. Etude de l'hémiplégie.

Nerf facial : anatomie et physiologie. Paralysie faciale.

Le jury définitif est composé de MM. les docteurs Bigot, Benj. Anger, Dagonet, Charpentier, Magnan, A. Voisin, Letulle.

— Par décision ministérielle en date du 6 novembre 1884, la commission du personnel du corps de santé militaire, composée de M. l'inspecteur général Legouest, de MM. les médecins et pharmaciens inspecteurs Perrin, Colin, Daga, Baudouin, Gaujot, Védrènes, Lévié, Coulier, et de M. Czernicki, médecin-major de première classe, secrétaire, doit se réunir au ministère le 1er décembre prochain, pour procéder aux différentes opérations de classement.

Qnand le foie sécrète le sable, on plutôt quand ce sable est ramassé dans la vésicule, le malade ressent un léger malaise général et prend nne teinte subictérique. Son caractère est plus irritable. L'entourage, en examinant le facies du malade, 12, 18, 24 heures avant l'apparition de la crise (1), en soupçonne l'approche, si crise peut être appelé le passage sans douleur du sable de la vésicule biliaire dans l'intestin. Les urines deviennent plus rares, plus jaunes ; la langue est saburrale, l'appétit est diminué ; absence de fièvre, pas de céphalalgie, pas de nausées, pas de vomissements. Il y a les apparences d'nn simple et léger embarras gastrique.

Les symptômes locaux sont les suivants :

Sensation de gêne, de pesanteur, sans douleur réelle, à l'hypochondre droit et au niveau de la vésicule biliaire. Très légère douleur à la pression dans cette même région. 12, 18, 24 heures après, il survient sans coliques, et quelquefois avec des coliques, une, deux, trois, quatre selles caractéristiques de cette affection, caractérisées *par un besoin impérieux de se présenter à la garde-robe.* Autant le malade peut attendre sans souffrir pour se présenter à la garde-robe quand les selles ne sont pas coniasiques, autant il est pressé quand les fèces renferment du sable. Ce symptôme est tellement précis et important pour lui qu'il devine parmi les selles celles qui renfermeront du sable. Il ne s'y trompe jamais.

Le caractère des selles est le suivant : la première partie est moulée, dure, quelquefois segmentée comme le crottin de brebis, avec la couleur normale et renfermant quelquefois des fragments grisâtres comme dans la coliqne hépatique vraie. C'est la partie formée avant l'arrivée de la crise.

La deuxième partie de la première selle et les selles suivantes sont molles, jaunâtres, grisâtres, quelquefois couleur de la cendre, bilieuses, non moulées, diarrhéiques. Prenant l'effet pour rappeler la cause, j'appellerai cette diarrhée : *diarrhée hépatique.*

Ces crises peuvent être plns ou moins fréquentes : elles se reproduisent tous les trois mois, tous les huit jours, tous les trois jours, tous les deux jours et tous les jours, plusieurs fois par jour même, mais alors les premières parties des matières ne sont plus moulées. Ces selles ne fatiguent pas du tout le malade qui se trouve au contraire soulagé par l'expulsion des matières qui renferment le sable.

En effet, si le malade se sert d'un vase ne contenant que les fèces et qu'il jette à plusieurs reprises de l'eau dans le vase, par le simple effet des lois de la pesanteur, les matières fécales plus légères seront entraînées par l'eau et il trouvera au fond du vase une plus ou moins grande quantité de sable. Les grains en seront blancs s'ils renferment de la cholestérine ; bruns, s'ils renferment de la bilifuscine, etc. On comprend qu'ils puissent varier de couleur selon les éléments qui entrent dans leur composition.

Je ne parlerai pas des effets de cette affection sur l'estomac, sur le tube digestif, ni de ses causes. Cependant comme, dans la colique hépatique et dans le cas qui m'occupe, il y a presque toujours de la dyspepsie flatulente, ne pourrait-on pas expliquer la formation des calculs hépatiques et de la coniase biliaire par la stase de la bile dans la vésicule ou dans quelque autre partie du foie ? Le conduit de ce réservoir doit être changé de direction par l'augmentation du volume de l'estomac. Je donne cette explication sous toute réserve jusqu'à nouvelle démonstration. Je me propose de faire prochainement snr le cadavre des expériences consistant à dilater artificiellement l'estomac et à rechercher le changement de direction qu'éprouve le canal cholédoque par cette dilatation. Mais si l'on réfléchit que la plupart des coliques hépatiques n'arrivent qu'à la suite de la dyspepsie, qu'elles ne surviennent que sur des personnes privées d'exercice et vouées à des professions qui les obligent à se tenir le corps ployé, l'on pourra dire que toute constitution arthritique pourra, dans les conditions ci-dessus, avoir ou des coliqnes hépatiques ou de la coniase.

Tons les auteurs ont cité la grossesse comme prédisposant aux coliques hépatiques. D'autres ont voulu en trouver la cause dans la modification que snbit la composition du sang par le fait de la grossesse. Je ne doute pas un instant qu'une certaine composition du sang ne soit indispensable pour produire ces concrétions biliaires et que l'analyse du sang de l'arthritique n'offre, si nos moyens d'investigation étaient plus perfectionnés, une grande différence avec le sang d'un scrofuleux ; mais seulement j'ajoute qu'il faut une cause mécanique pour la formation, aux dépens de certains éléments du sang, de ces concrétions soit lithiasiques, soit coniasiques.

En effet, si on parcourt l'ouvrage de mon honorable confrère M. le docteur Willemin, dans lequel se trouvent réunies de nombreuses observations de coliques hépatiques, recueillies avec le plus grand soin et toutes très intéressantes, si on consulte surtout le livre non moins intéressant sur le même sujet de notre confrère M. le docteur Cyr, on est de plus en plus persuadé que la grossesse n'a purement et simplement, dans les coliques hépatiquee, qu'un rôle mécanique.

Sur 51 cas relatés par M. Cyr, 36 fois les coliques hépatiques sont survenues dans le premier mois qui a suivi l'accouchement. Dans 11 cas, ces coliques sont survenues, il est vrai, pendant la grossesse et à différentes époques. Mais mon confrère ne dit pas si dans ces 11 cas c'étaient des primipares ou des multipares. Si c'étaient des multipares, leur observation pourrait rentrer dans la catégorie des 36 premiers cas, car les calculs, chez les multipares, auraient pu être produits pendant les grossesses antérieures, et, chez les primipares, avant la grossesse, par une dyspepsie flatulente, et n'être expulsés que pendant la grossesse. N'y aurait-il que les 36 cas sur 51, est-ce que ce cbiffre relativement élevé ne fait pas immédiatement penser que la grossesse n'agit que mécaniquement, que, pendant la grossesse, l'écoulement de la bile devenant plus difficile, ses éléments solides tendent à se concréter ponr reprendre ensuite leur voie naturelle aussitôt que le canal cholédoque se trouve dans sa direction normale ?

Il me sera objecté, je le prévois, que l'on rencontre des coliques hépatiques, non seulement chez des femmes enceintes, sur des hommes et des femmes atteints de dyspepsie flatulente, mais encore snr des enfants. Mais quel est le praticien qui n'a pas rencontré sur des enfants de douze mois, deux ans, trois ans, ayant eu une première alimentation défectueuse, une véritable dilatation de l'estomac ? N'arrive-t-il pas contrairement à ce qui doit être, de voir que l'estomac ou la région épigastrique a pris chez ces enfants mal nourris une telle proportion que la région abdominale se confond avec la région épigastrique ? Depuis longtemps j'avais fait cette remarque, et un excellent travail d'un confrère d'outre-mer, de Rio-Janeiro, M. le docteur Moncorvo, le prouve surabondamment.

(1) Crise est pris ici dans son sens grec (χρίνειν, écouler, passer, séparer).

En résumé, je puis certifier que, toutes les fois que l'on aura affaire à une personne âgée de vingt à cinquante ans, qu'elle sera née de parents arthritiques, qu'elle le sera elle-même, que, sans cause connue, son teint deviendra légèrement jaunâtre, qu'elle sentira sans douleur son hypochondre droit, que ses urines se coloreront et deviendront un peu plus foncées, qu'elle aura par intervalles un besoin impérieux d'aller à la garde-robe, que les garde-robes offriront les caractères décrits plus haut, que la personne, malgré ce malaise, ne maigrira que modérément, on pourra, sans hésiter, affirmer la présence de la cholase biliaire dans les matières.

(A suivre.)

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Note sur quelques observations de lymphangite du membre supérieur, par le docteur Paul Berthod, interne des hôpitaux.

La lymphangite, caractérisée par l'inflammation des vaisseaux lymphatiques, a pour siège de prédilection le membre supérieur, ce qui s'explique par la fréquence des plaies de cette région aussi bien que par la richesse du membre supérieur en lymphatiques, surtout au niveau de certains de ses segments, les doigts par exemple.

Comme dans les autres régions du corps, la lymphangite s'observe au membre supérieur avec une variété d'apparences, une différence d'allures telle qu'il est facile de comprendre comment on a pu longtemps confondre et même méconnaître une affection si complexe dans ses manifestations morbides. Erysipèle, phlegmon diffus et lymphangite sont bien souvent analogues, et aussi bien qu'au point de vue micrographique il est bien difficile de trouver une différence entre les lésions anatomo-pathologiques observées dans les lymphatiques et les affections connexes. Les recherches de J. Renaut et de Quenu (Th. de Jalaguier) le prouvent surabondamment. Et peut-être n'y a-t-il entre ces diverses manifestations morbides qu'une différence dans l'agent infectieux ou dans le terrain infecté; peut-être aussi n'y a-t-il qu'une simple question de degré, et les dénominations d'érysipèle phlegmoneux, d'angioleucite phlegmoneuse, sont bien faites pour montrer l'étroite parenté qui existe entre ces différentes affections.

Le propre de la lymphangite, on le sait, est de se développer à la suite de petites plaies, de ces plaies qui n'intéressent que l'épiderme, écorchures, éraillures, ou bien encore, lorsqu'il s'agit d'une plaie moins superficielle, à la période de terminaison de cette plaie, à ce moment où, la cicatrisation du derme étant complète, il ne reste plus qu'une pellicule épidermique à former (1). Cette condition a été notée par beaucoup d'auteurs, et dernièrement encore notre excellent maître, le docteur Quenu, rappelait ce fait en y insistant à l'occasion du malade qui fait le sujet de notre obs. I. Les lymphangites fréquentes dans les maladies de la peau, surtout dans celles qui s'attaquent exclusivement à l'épiderme (le psoriasis par exemple) en sont encore une bonne preuve (1). Il semble en effet que les lymphatiques sont plus accessibles aux produits septiques, sont plus sensibles en un mot à leur partie tout à fait superficielle que plus profondément dans le derme. Les lymphangites anatomiques des étudiants en médecine sont dues la plupart du temps à de petites écorchures peu inquiétantes; cependant il est bien évident que la nature tout particulièrement septique de l'agent infectieux joue un rôle important au point de vue du développement de l'affection qui nous occupe.

(1) Peut-être à ce moment se laisse-t-on aller à négliger une plaie dont l'évolution vers la guérison est presque terminée; peut-être aussi est-ce parce que les processus réparateurs se passent alors dans les régions particulièrement riches en lymphatiques (réseaux sous-épidermiques).

L'observation I est un type de ces lymphangites *secondairement* épidermiques.

Obs. I. — Lymphangite de l'avant-bras a la suite d'une plaie ancienne de dix jours et cicatrisée sous une croute; suppuration; incision.

Gardy (Antoine), 34 ans, fumiste, entre le 3 octobre 1884 salle Broca, n° 31, service de M. Pelaillon.

Cet homme s'est, il y a dix jours environ, fait à la racine de l'index et à la face dorsale du doigt une plaie assez profonde en se coupant avec un morceau de tôle.

Cette plaie était à peu près complètement cicatrisée sous une croûte quand, il y a deux jours, le malade commença à se plaindre de l'avant-bras, en même temps que se formait une tuméfaction allongée le long du bord externe de la face palmaire de celui-ci, et fluctuante.

Le 4, frottement avec compresses phéniquées pour essayer d'amer la résorption du pus, procédé qui a déjà réussi à M. Quenu.

Non réussite de ce procédé.

Incision le 8 et lavage phéniqué.

Pansements phéniqués. Le malade est en voie de guérison.

Ces lymphangites, à la suite d'éraillures épidermiques, peuvent rester superficielles, mais souvent aussi elles gagnent la profondeur et détruisent la gaîne d'un doigt (obs. II), pouvant offrir alors une gravité assez considérable. Telle est même la fréquence de ces faits que certains auteurs veulent y voir la cause exclusive de toutes les inflammations phlegmoneuses des doigts.

Nous pourrions en relater de nombreux cas; nous n'en citons ici que trois, observés dernièrement par nous. Dans les trois cas, c'est une piqûre qui fut la cause de la maladie.

Obs. II. — Lanchon (Edouard), 48 ans, garçon de café, salle Broca, n° 1.

A la suite d'une écorchure du médius droit, lymphangite ayant déterminé un panaris sous-cutané et puis ayant envahi la gaîne; dénudation du tendon qui peut être soulevé sur un stylet, mais qui n'est point sphacélé.

Incision à la face palmaire de la deuxième phalange, prolongée ultérieurement jusqu'à la pointe du doigt.

Guérison en quinze jours avec pansements phéniqués.

Obs. III. — Biard (Pierre), 24 ans, maçon, salle Broca, n° 18.

Panaris du pouce de la main gauche à la suite d'une piqûre. Panaris sous-cutané et panaris de la gaîne de l'annulaire droit à la suite d'une piqûre. Incision à droite, lavage phéniqué, pansement phéniqué.

En voie de guérison.

Obs. IV. — Pitancier (Paul), journalier, salle Broca, no 14. Entrée, 1er octobre; sortie le 6.

(1) E. Favrel. *De la lymphangite dans les maladies de la peau*, Th. de Paris, 1884.

Abcès du dos de la main droite à la suite d'un panaris du médius (piqûre); incisé en ville d'une manière insuffisante.

Incision. Pansements phéniqués. Guérison.

Nous devons ici faire une petite remarque et appeler l'attention sur une particularité qu'a présentée dans sa marche la lymphangite de notre malade (obs. V). La lésion à incriminer siégeait ici au pli du coude et cependant la lymphangite et l'abcès qui en fut la conséquence apparurent sur la face palmaire de l'avant-bras, c'est-à-dire par rapport au cours de la lymphe en amont de la lésion. Cette véritable remonte du courant lymphatique pourrait peut-être même dans certains cas être regardée comme la preuve de la nature infectieuse de l'affection.

Obs. V. — Furoncle du pli du coude.—Lymphangite descendante rétrograde de l'avant-bras gauche.

Depeyre, 35 ans, garçon boucher, entre le 27 août 1884, salle Broca, no 41, pour un furoncle du pli du coude gauche d'aspect singulier, pouvant donner le change et faire croire à une pustule maligne.

Incision. Pansement de Lister. Sortie le 8 septembre.

La cicatrisation était complète quand le 19 septembre D... revient à la consultation avec une lymphangite de l'avant-bras gauche, lymphangite qui a débuté, nous dit-il, par les bords de son ancienne plaie et qui de là a gagné successivement toute la face palmaire de l'avant-bras gauche.

Applications résolutives.

Le 22, formation d'une collection purulente, des dimensions d'une amande, qui est incisée.

Pansement de Lister.

Guérison dès lors.

Peut-être aussi pourrait-on trouver, en la cherchant, une cause anatomique à cette particularité et rencontrer ici comme au sein par exemple des troncs lymphatiques récurrents. Il n'est pas rare en effet d'observer, dans le cas de cancer du sein, des adénites symptomatiques dans les deux aisselles, aussi bien du côté sain que du côté malade, probablement en raison de la disposition des lymphatiques tronculaires qui parfois affectent un trajet croisé.

Presque toujours produite par une plaie insignifiante, la lymphangite n'en est pas moins grave pour cela et parfois elle emprunte une gravité toute spéciale à la nature de l'agent infectieux ou au terrain sur lequel elle évolue. Le docteur Jalaguier, dans sa thèse, insiste fort sur la détérioration soit morbide (alcoolisme, diabète), soit physiologique (vieillesse) des individus chez lesquels il a rencontré cette forme de lymphangite souvent mortelle, qu'il désigne sous le nom de *lymphangite gangréneuse*, et dont nous venons d'observer le cas suivant :

Obs. VI. — Lymphangite gangréneuse du dos de la main et de la face dorsale de l'avant-bras gauche. — Mort par septicémie.

Decours, âgé de 72 ans, journalier, entré le 3 octobre 1884 à l'hôpital de la Pitié, salle Broca, no 2, service du docteur Polaillon, remplacé alors par M. Quenu.

Cet homme, jusque-là bien portant, nous dit s'être piqué il y a huit jours à l'index de la main gauche avec une écharde de bois. Immédiatement après cette piqûre, le doigt commença à rougir, à augmenter de volume et à devenir très douloureux. Peu à peu les phénomènes s'accentuaient, l'inflammation gagnait la face dorsale de la main, mais le malade ne se décidait à entrer à l'hôpital que huit jours après, dans l'état suivant :

Malade abattu, prostré, face terreuse, yeux excavés, pouls filiforme et très rapide, subdelirium, agitation. Cependant Decours a conservé encore son intelligence et répond assez bien aux questions qu'on lui pose.

Urines très rares, ne contenant ni albumine ni sucre.

La main gauche, très gonflée au niveau de sa face dorsale, est recouverte d'une large phlyctène d'aspect violacé de laquelle s'échappe, lorsqu'on a déchiré l'épiderme, une assez grande quantité d'une sérosité rougeâtre.

Au-dessous de la pellicule épidermique, le derme apparaît transformé en une sorte de membrane fibrineuse, de teinte blanc sale (croupale des Allemands); il est presque insensible. Ces lésions occupent toute l'étendue de la face dorsale des doigts et empiètent sur le tiers inférieur de la face postérieure de l'avant-bras.

Les doigts sont tuméfiés, mais surtout l'index où se trouvait la piqûre.

Pas de collection limitée; pas d'œdème profond.

A première vue, M. Quenu porte le diagnostic de lymphangite gangréneuse, très grave en raison de l'âge de l'individu et de son état général, et pratique immédiatement sous le spray le traitement recommandé par M. le docteur Jalaguier dans sa thèse, et consistant en de vastes incisions au thermocautère le long de la face dorsale du doigt, de l'avant-bras et de la main; il fait remarquer l'épaisseur de la peau et son insensibilité relative.

Le soulagement du malade est immédiat.

Pansement avec des compresses phéniquées au 1/20e.

Mais l'état général ne se relève pas, et malgré des potions de Todd, de l'éther, le malade succombe à 7 heures du soir.

Autopsie 48 heures après la mort. — *Plèvres* : adhérences très anciennes à la base du diaphragme et au sommet. — *Poumons* : brouchite chronique. — *Cœur* : valvules suffisantes. — *Aorte* : volumineuse et dure. — *Foie* : congestionné, hypertrophié. — *Rein* : congestionné. — *Rate* : molle, diffluente comme dans les maladies infectieuses. — *Membre supérieur gauche* : pas de ganglions dans l'aisselle; pas de caillots dans les lymphatiques. — Rien à droite.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. La médication phosphorée dans le traitement du rachitisme, par le docteur M. Kassowitz (1). — II. De l'action du phosphore dans le traitement du rachitisme, par le professeur Soltmann (2). — III. Le traitement du rachitisme, par le professeur E. Hagenbach (3). — IV. La médication phosphorée dans le traitement du rachitisme, par le docteur M. Weiss (4). — V. Nouvelles observations concernant l'action antipyrétique de l'antipyrine, par MM. Busch (5), Penzold et Sartorius (6), von Noorden (7), Cahn (8), Sassjezky (9), Jahn (10), Ernst (11), Geier (12), Bieljowsky (13).

M. Kassowitz rappelle qu'en 1872 Wegner (Virchow's Archiv., t. LV, fasc. I, p. 11) a publié les résultats nouveaux

(1) Zeitschrift für klin. Medic., t. VII, fasc. 1, p. 36, et fasc. 2, p. 93, 1884.
(2) Breslauer ærztliche Zeitschrift, 1884.
(3) Schweizer. ærztliches Correspondenzblatt, 1884, no 13.
(4) Prager medic. Wochenschrift, 1884, nos 23-28.
(5) Berliner klin. Wochenschrift, 1884, no 27.
(6) Ibidem, 1884, no 30.
(7) Ibidem, 1884, no 32.
(8) Ibidem, 1884, no 36.
(9) Wratsch, 1884, no 25.
(10) Deutsche medizinal Zeitung, 1884, no 78.
(11) Centralblatt für klinische Medicin, 1884, no 33.
(12) Deut. medicin. Wochenschrift, 1884, no 45.
(13) Breslauer ærztl. Zeitschrift, 1884, no 16.

de recherches expérimentales concernant l'action du phosphore sur l'organisme des animaux. Wegner avait constaté que le phosphore, administré à doses convenables à de jeunes animaux en voie de croissance, exerce sur le développement des os une influence extrêmement remarquable : au voisinage des cartilages articulaires, les os longs, au lieu de se creuser de vacuoles remplies de moelle, de revêtir, en un mot, l'aspect du tissu spongieux, se transforment en un tissu extrêmement compact, traversé par des canaux médullaires d'un calibre très étroit. Seules les couches osseuses formées pendant la durée de l'expérience participaient à cette modification nutritive. Un moment, Wegner pensa que cette découverte était susceptible de recevoir des applications thérapeutiques dans le traitement du rachitisme. Il fut détourné de cette idée par la conception qu'il avait de la pathogénie de cette affection, dont la théorie du jour faisait alors un trouble de nutrition caractérisée par une absorption insuffisante ou une résorption excessive de matérieux calcaires, et Wegner doutait que le phosphore pût activer l'une ou ralentir l'autre. Ce doute était accru par les résultats de certaines de ses expériences, qui lui avaient montré que chez les jeunes animaux soumis à une alimentation pauvre en sels calcaires l'administration de petites doses de phosphore développe les lésions osseuses du rachitisme.

Or M. Kassowitz avait été conduit par ses propres recherches sur le mécanisme de l'ossification à l'état normal et à l'état pathologique (Wiener medicinische Jahrbucher, 1879-1880 et 1881) aux vues suivantes : le dépôt de sels calcaires dans les couches ostéogènes est en rapport avec une régression d'éléments vasculaires, ou du moins avec une diminution de l'activite circulatoire et des phénomènes d'osmose. Inversement, la décalcification des cartilages et des os, la dissolution et la résorption de sels calcaires déjà précipités qui en sont les conséquences nécessaires, sont dans un rapport non moins étroit avec une néoformation de vaisseaux ou avec une dilatation et une plus grande activité circulatoire des vaisseaux préexistants. Enfin dans les os rachitiques, les couches ostéogènes, les cartilages, le périchondre et le périoste sont le théâtre d'une vascularisation anormale, qui tient à une néoformation vasculaire ainsi qu'à une distension et à une réplétion exagérée des vaisseaux. Il en résulte à la fois un défaut de calcification dans les couches ostéogènes, une décalcification des couches nouvellement ossifiées. Et M. Kassowitz de se demander si le phosphore ne manifesterait pas sur les os rachitiques la même influence que sur les os à l'état normal, pour restreindre la vascularité des couches ostéogènes et favoriser le dépôt de sels calcaires dans les mêmes couches ? Il a repris les expériences de Wegner sur des animaux. Il a constaté que le phosphore exerce sur le processus d'ossification des effets diamétralement opposés, suivant qu'on l'administre à fortes ou à faibles doses.

A fortes doses, le phosphore, après avoir passé dans le sang, détermine une dilatation manifeste et une hyperplasie de vaisseaux sanguins dans les couches osseuses les plus jeunes, et active par contre-coup leur décalcification.

A très faibles doses, le phosphore entrave la décalcification normale des cartilages calcifiés et des couches osseuses de formation récente ; il diminue le nombre et le volume des espaces médullaires primitifs ; tout cela par le fait d'un arrêt de développement des éléments vasculaires, probablement aussi par le fait d'une contraction de leur paroi.

Faisant application de ces données expérimentales au traitement du rachitisme, M. Kassowitz est arrivé à des résultats qui ne sont rien moins que surprenants et qui représentent le phosphore comme un spécifique du rachitisme. Sous l'influence de la médication phosphorée, formulée comme il sera dit plus loin, l'ossification des parties membraneuses des os du crâne s'opère chez les enfants rachitiques avec une rapidité remarquable; il en est de même pour les extrémités éphysaires des os longs, en vertu de quoi les troubles locomoteurs résultant des altérations rachitiques des os des membres se dissipent rapidement. L'influence heureuse de la médication phosphorée s'étend aux lésions rachitiques du thorax et de la colonne vertébrale, et si les déformations irrémédiables subsistent, il ne s'en produit plus de nouvelles; voire qu'en combinant la médication phosphorée avec les ressources de l'orthopédie, on peut, au dire de M. Kassowitz, venir à bout des déformations récentes. En outre, la nutrition se relève, les manifestations nerveuses du rachitisme, parmi lesquelles M. Kassowitz compte en première ligne le spasme de la glotte, se dissipent; enfin la dentition, quand elle est en retard, comme c'est le cas habituel chez les rachitiques, est ramenée à son évolution normale.

M. Soltmann, de Breslau, bien connu pour ses travaux sur la pathologie infantile, souscrit aux assertions de M. Kassowitz touchant l'efficacité de la médication phosphorée dans le traitement du rachitisme. M. le professeur Hagenbach, de Bâle, en a fait autant, sauf en ce qui concerne l'influence salutaire de la médication sur la dentition. Par contre, M. Weiss, de Prague, a relevé sept insuccès sur huit cas de rachitisme traités par la médication phosphorée; mais ce chiffre paraît bien faible quand on l'oppose aux 560 observations cliniques qui ont servi de base au travail de M. Kassowitz.

Voici les indications que fournit ce médecin sur le mode d'administration du phosphore. La dose quotidienne à prescrire est d'un demi-milligramme. Le médicament doit être administré en suspension dans de l'huile. M. Kassowitz s'est arrêté aux préparations suivantes :

1° Rec. Huile de foie de morue.. 100 grammes.
Phosphore.................. 1 centigr.

M. s. a. A prendre de une à deux cuillerées à café chaque jour.

2° Rec. Huile d'amandes douces. 70 grammes.
Phosphore.................. 1 centigr.
Sucre en poudre.......... 30 grammes.
Ether de fraises.......... XX gouttes.

M. s. a. Une à deux cuilerées à café par jour.

3° Rec. Huile d'amandes douces.. 30 grammes.
Phosphore.................. 1 centigr.
Poudre de gomme arabique } ââ 15 grammes.
Sucre en poudre.......... }
Eau distillée.............. 40 —

M. s. a. Même dose.

Ces deux dernières préparations, assez coûteuses, ne sauraient dès lors convenir pour la médecine des pauvres. On peut également ajouter à la dernière quelques gouttes d'éther de fraises, qui est un excellent correctif de la saveur phosphorée.

— L'antipyrine est une substance qu'un chimiste allemand, M. Knorr, a obtenue par voie de synthèse, sans faire connaître jusqu'à présent son mode de préparation. M. Filehne (d'Er-

langen), et après lui M. P. Guttmann (de Berlin), M. Falkenheim, M. May (de Cologne), M. Rank (de Stuttgard) ont expérimenté la valeur antipyrétique de nouveau médicament. Nous avons fait connaître les résultats de cette première série de recherches au moment de leur publication (Voir GAZETTE MÉDICALE, 1884, nº 26, p. 305 et 306). Ces premières observations avaient fourni des résultats concordants et nous ont fait connaître dans l'antipyrine un fébrifuge de grande valeur, dont les effets antipyrétiques sont remarquables autant par leur intensité que par la rapidité avec laquelle ils se produisent. Cette action fébrifuge s'est manifestée contre des états fébriles de nature très variable (fièvre typhoïde, pneumonie, pleurésie, phthisie pulmonaire, érysipèle, affections chirurgicales, etc., etc.), hormis dans des cas de fièvre intermittente (Falkenheim). La substance médicamenteuse était très bien tolérée, sauf dans l'un ou l'autre cas où l'administration de l'antipyrine avait été suivie de vomissements sans gravité.

Les observations postérieures de MM. Busch, Penzold et Sartorius, von Noorden (clinique du professeur Riegel, de Giessen), Cahn (clinique du professeur Küssmaul, de Strasbourg); Sassjezki, Jahn, Ernst, Geier, Bieljowski (clinique du professeur Friedlander, de Breslau), n'ont fait que confirmer l'exactitude de ces premières appréciations. Dans tous ces travaux, dont nous avons donné plus haut les indications bibliographiques, l'antipyrine est représentée comme un fébrifuge de premier ordre et d'un grand avenir. Analyser une à une ces publications nous conduirait à des redites fastidieuses. Nous nous bornerons à relever les quelques points nouveaux que met en lumière cette seconde série d'observations.

MM. Penzold et Sartorius ont expérimenté l'antipyrine chez des enfants et ils ont constaté que le médicament, administré à dose convenable, détermine des abaissements de la température fébrile dont l'intensité se chiffre par quelques degrés et la durée par plusieurs heures. Dans quelques cas, l'ingestion de l'antipyrine a causé des vomissements qu'il est facile d'éviter; il suffit pour cela d'administrer la substance médicamenteuse par la voie rectale. Les doses sont fixées ainsi qu'il suit: trois prises quotidiennes, espacées d'heure en heure, chacune d'autant de décigrammes que l'enfant compte d'années. Si, comme il est arrivé bon nombre de fois chez des enfants du premier âge, cette dose d'antipyrine se montre insuffisante, on augmentera chaque prise de un ou plusieurs décigrammes, en suivant une marche progressive. Quand l'antipyrine est administrée par la voie rectale, les doses devront être trois à six fois plus fortes que lorsque le médicament est ingéré par les voies supérieures. (Nous avons donné, dans notre précédent article, des renseignements circonstanciés sur la posologie de l'antipyrine chez les fiévreux adultes.)

MM. Penzold et Sartorius ont constaté que, chez les enfants comme chez les adultes, il s'établit à la longue une accoutumance pour le médicament. Ils font ressortir que la diminution de fréquence du pouls n'est pas toujours en rapport avec l'abaissement de température produit par l'antipyrine. Ce point de détail a été noté également par M. Jahn, chez une femme adulte qui présentait les symptômes d'une pelvi-péritonite puerpérale. L'action antipyrétique de l'antipyrine fut prompte et énergique (de 41º,9, la température fébrile tomba à 38º,5 en l'espace de deux heures et demie); mais la fréquence du pouls se maintint entre 112 et 140 degrés jusqu'à la disparition des phénomènes de pelvi-péritonite. M. Jahn insiste sur ce que l'antipyrine exerça chez cette femme une influence des plus salutaires sur les troubles psychiques (délire, hébétude), mais ne fit rien contre le météorisme dont elle souffrait et qui atteignit à un moment donné un degré alarmant.

M. A. GEIER a également étudié l'action fébrifuge de l'antipyrine chez des enfants. Les résultats de ses observations concordent avec ceux de MM. Penzold et Sartorius.

M. CAHN, qui incline à croire que l'antipyrine n'agit pas uniquement sur le processus fébrile, mais encore sur la lésion inflammatoire, du moins dans certaines maladies (pneumonie), a signalé parmi les manifestations accessoires de l'antipyrine un érythème, sans signification fâcheuse, dont MM. Alexander, Ernst et Geier ont également observé des exemples. Cet érythème est constitué par des taches rondes (0,5 à 2 millimètres de diamètre), papuleuses, couleur de cinabre, qui pâlissent sous la pression du doigt; elles confluaient aux coudes et aux genoux pour former des taches assez vastes. L'éruption était plus confluente du côté des extenseurs que des fléchisseurs aux membres, plus confluente au dos qu'à la poitrine et au ventre; elle respectait la tête, la paume des mains et la plante des pieds. Elle s'accompagnait d'une élévation locale de la température, quelquefois d'une sensation mordicante. Cette éruption disparaît du jour au lendemain.

Nous avons indiqué précédemment les contre-indications à l'emploi de l'antipyrine. D'après von Noorden, on peut épargner aux malades les sueurs profuses qui se montrent quelquefois à la suite de l'administration de l'antipyrine, en faisant prendre simultanément, ou mieux 10 à 15 minutes avant, deux pilules d'agaricine; de 0,005 chacune.

M. BIELJOWSKI a vu chez un seul malade le pouls conserver la même fréquence, alors que sous l'influence de l'antipyrine la température s'était notablement abaissée. Chez plusieurs malades atteints de la fièvre typhoïde, l'abaissement de température produit par l'antipyrine se compliqua de collapsus; un autre fut pris de frissons tels, qu'il fallut suspendre la médication. Un jeune homme qui était entré à l'hôpital à la suite d'une hémoptysie grave, fut pris de fièvre le sixième jour; on lui administra une dose ordinaire d'antipyrine, dans la soirée. A trois heures du matin, il fut pris d'une violente hémoptysie, en même temps que les sueurs, épiphénomène de la défervescence, s'arrêtaient.

Dans un quart des cas où l'antipyrine avait été administrée par les voies supérieures, M. Bieljowski a noté des vomissements. Ceux-ci manquaient presque toujours quand le médicament était administré par la voie rectale. L'action fébrifuge de l'antipyrine a fait à peu près défaut dans des cas de typhus exanthématique, de fièvre récurrente et de rougeole.

E. RICKLIN.

BIBLIOGRAPHIE

ÉTUDE SUR L'HYDROPNEUMOPÉRICARDE MÉDICAL, par CLÉMENT ARMEDEY.

S'occupant exclusivement de l'hydropneumopéricarde médical, l'auteur élimine ces faux hydropneumopéricardes dus à un épanchement de gaz et de liquide dans la cavité pneumopéricardique située entre la plèvre, le péricarde et la paroi thoracique. Il a rassemblé dix-sept observations dont neuf

ont trait à des hydropneumopericardes fistuleux et huit à des hydropneumopéricardes simples. En outre, il publie un fait personnel des plus intéressants et sans doute unique dans la science. Un homme de 57 ans, *diabétique* depuis plusieurs années, mais n'ayant *jamais souffert de complications du diabète*, est pris subitement d'un hydropneumopéricarde dont il meurt en huit jours. Le bruit hydroaérique était tellement intense qu'on l'entendait distinctement à l'extrémité opposée de la chambre. L'autopsie n'a pu être faite, mais le diagnostic paraît indiscutable.

La symptomatologie et le diagnostic résument ce que l'on sait aujourd'hui sur cette question.

Dans les observations citées, on ne voit la guérison survenir que dans les cas où l'affection succède à une péricardite.

On trouvera dans ce travail un historique et des renseignements bibliographiques très complets.

PAUL DALCHÉ.

NOTES & INFORMATIONS

Le choléra à Paris.

Le choléra a de véritables caprices et semble se jouer de ceux qui cherchent à lui arracher ses secrets. Lorsque, au mois de juin, il a éclaté à Toulon et à Marseille, on a pensé qu'il ne tarderait pas à être importé à Paris; et tous ceux qui ont pour mandat de sauvegarder la santé publique ont rivalisé de zèle et d'ardeur pour être prêts à le combattre. On a attendu vainement l'ennemi; à deux ou trois reprises, on a pu croire à son apparition; mais les quelques cas isolés observés du mois de juin au mois de septembre et les foyers circonscrits d'Aubervilliers et de Saint-Ouen ont été considérés, du moins généralement, comme des faits accidentels, n'ayant avec l'épidémie du midi de la France qu'une filiation douteuse. On a donc cru pouvoir désarmer; on a rendu à leur destination habituelle les hôpitaux qui devaient être réservés aux cholériques et l'un des membres les plus autorisés du Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine, M. Dujardin-Baumetz, s'inspirant de cette idée de quiétude, a dit, du haut de la tribune de l'Académie, après la relation des faits de Saint-Ouen et d'Aubervilliers : « Si les faits que je viens de vous exposer s'étaient produits il y a quelques mois, on n'eût pas manqué d'affirmer que Paris allait être envahi par une épidémie cholérique; il n'en est rien cependant et, si je me suis cru permis d'entrer à cette tribune dans tout le détail de ces observations, c'est que je suis persuadé que cette petite épidémie d'Aubervilliers n'a fait courir aucun danger à la population parisienne. »

Or, c'est le jour, ou le lendemain du jour où notre excellent confrère tenait ces paroles rassurantes que les premiers cas de l'épidémie actuelle ont été signalés. L'inattendu et la brusquerie de cette nouvelle attaque ont jeté d'abord un certain désarroi dans l'application des mesures primitivement arrêtées, mais dont on avait cru pouvoir se départir. Les malades ont dû être envoyés dans les hôpitaux généraux; le service des transports n'a fonctionné que d'une manière insuffisante et a provoqué des plaintes; nous ne saurions dire si celui de la désinfection et celui de l'isolement des personnes cohabitant avec les malades s'est fait d'une façon plus régulière. Quoi qu'il en soit, nous nous plaisons à constater que tous les hauts fonctionnaires préposés à la police sanitaire ont payé largement de leur personne, que l'exécution des mesures indiquées par les divers Comités, Conseils et Commissions d'hygiène est rigoureusement surveillée, et il n'est pas douteux que l'application de ces mesures ne contribue puissamment à atténuer les progrès de l'épidémie, qui se présente d'ailleurs avec les caractères d'une grande bénignité.

On sait que l'hôpital Bichat et celui des Mariniers devaient être spécialement affectés au service des cholériques. Le second leur est déjà ouvert; le premier ne tardera pas à l'être.

Afin de tenir plus rapidement nos lecteurs au courant de la marche de l'épidémie, nous partagerons entre le COMPTE RENDU GÉNÉRAL et la GAZETTE MÉDICALE la publication des documents qui nous parviendront. Le relevé des cas nouveaux et des décès survenus du vendredi au mardi paraîtra dans le COMPTE RENDU GÉNÉRAL, où l'on a déjà pu lire, mercredi matin, la statistique des cas et des décès enregistrés depuis le début de l'épidémie jusqu'à mardi dernier. La GAZETTE MÉDICALE publiera la statistique des cas et des décès relevés du mardi au vendredi. Le Bulletin hebdomadaire des décès paraîtra désormais dans le COMPTE RENDU GÉNÉRAL, trois jours plus tôt qu'il ne paraîtrait dans la GAZETTE MÉDICALE.

De lundi 10 novembre minuit à mardi 11 même heure, on a relevé 119 entrées de cholériques dans les hôpitaux et 33 cas traités en ville, soit un total de 152 cas nouveaux. Il y a eu 59 décès. Aucun cas n'a été constaté dans les 9e, 14e et 16e arrondissements.

De mardi 11 à mercredi 12 novembre minuit, on a relevé 114 cas nouveaux et 47 décès. Les nouveaux cas se sont répartis de la manière suivante : Ier arr. 2; IIe, 3; IIIe, 5; IVe, 9; Ve, 3; VIe, 13; VIIe, 4; VIIIe, 2; IXe, 0; Xe, 3; XIe, 20; XIIe, 12; XIIIe 3; XIVe, 0; XVe, 7; XVIe 2; XVIIe 3; XVIIIe, 4; XIXe 16; XXe, 2.

De mercredi 12 à jeudi 13 novembre minuit, 94 cas nouveaux et 11 décès. Les 94 cas se répartissent de la manière suivante :

Ier arr. 1; IIe, 7; IIIe, 4; IVe, 8; Ve, 6; VIe, 3; VIIe, 13; VIIIe, 3; IXe, 1; Xe, 4; XIe, 12; XIIe, 0; XIIIe, 1; XIVe, 1; XVe, 2; XVIe, 2; XVIIe, 1; XVIIIe, 0; XIXe, 11; XXe, 5; Boulogne, 1; Chennevières, 1; Clichy, 1; Levallois, 2; Pantin, 1; Puteaux, 2.

Le 12 à minuit, il y avait dans les hôpitaux de Paris 289 malades en traitement.

—MESURES PROPHYLACTIQUES CONTRE LE CHOLÉRA INSTITUÉES PAR LA PRÉFECTURE DE POLICE. — Dans le numéro du 12 juillet dernier, nous avons publié les instructions adoptées par le Comité consultatif d'hygiène publique concernant les précautions à prendre contre le choléra. Voici, à titre de document, la manière dont la Préfecture de police a appliqué ces instructions et les mesures qui, arrêtées en prévision de l'invasion du choléra à Paris, son actuellement en vigueur :

Des instructions ont été transmises à MM. les maires et commissaires de police relativement : (A) aux précautions à prendre contre le choléra, mesures préventives, premiers soins à donner au malade, isolement du malade, désinfection; — (B) aux personnes ayant été en contact avec des cholériques; — (C) à la déclaration et à la constatation du décès et à la mise en bière des cholériques.

Système d'avertissement. — Dès qu'un cas de maladie à apparence cholérique est parvenu à la connaissance du commissaire de police, soit par les agents de la police, soit par le médecin traitant, soit par la rumeur publique, le commissaire de police prévient un des médecins délégués d'avoir à se transporter auprès du malade et de lui remettre, après sa visite, un rapport sommaire, qui est adressé à la Préfecture de police par la voie la plus rapide.

Médecins délégués. — Dans chaque quartier de Paris et dans chaque commune du ressort de la préfecture de police, un ou plusieurs médecins ont été désignés pour se rendre auprès des malades à la première invitation de l'administration.

Ces médecins interviennent dans tous les cas où une maladie à apparence cholérique est déclarée. Ils se transportent à domicile pour examiner le malade, établir leur diagnostic et rédiger un bulletin sommaire, qu'ils remettent au commissaire de police.

Transport des malades. — Des voitures spéciales ont été disposées pour servir au transport des malades atteints d'affections cholériformes, qui ne pourraient être soignés à domicile.

Indépendamment des voitures déjà construites, d'autres ont été aménagées pour ce service, et des traités ont été préparés pour l'attelage et la mise en service, sans délai, de ces voitures en cas de nécessité.

Lorsqu'un malade doit être transporté à l'hôpital, la demande en est faite par la famille au commissariat ou au poste de police du quartier, qui fait connaître télégraphiquement à la Préfecture de police les nom et adresse du malade. La Préfecture de police expédie immédiatement la voiture, qui est toujours attelée. La voiture, après chaque transport de malade à l'hôpital, est lavée et désinfectée avec le plus grand soin.

Ces voitures sont mises jour et nuit gratuitement à la disposition du public. La population a été avisée par la voie de la presse de l'existence de ces voitures spéciales.

Désinfection des locaux contaminés. — Des désinfectants sont mis gratuitement à la disposition du public dans tous les commissariats et postes de police. Mais, pour assurer d'une façon plus complète l'exécution des mesures prescrites, un service spécial de désinfecteurs a été créé. Ces agents vont opérer la désinfection immédiate, soit après décès, soit après départ pour l'hôpital, de tout local contaminé par un cholérique.

La désinfection est opérée par deux personnes qui se tiennent constamment prêtes à partir au premier signal. Les ordres de départ leur sont transmis par la voie du téléphone. Le personnel et le matériel nécessaires à la désinfection sont transportés par une voiture toujours attelée.

Le nombre des désinfecteurs peut, au besoin, être augmenté dans une large proportion : les cadres et les éléments de ce personnel sont dès à présent déterminés. Des hommes d'un âge mûr et présentant toutes garanties de moralité sont seuls admis dans ce service.

Le commissaire de police assiste à l'opération, et le médecin délégué est chargé de s'assurer si la désinfection a été faite avec tout le soin possible.

Mise en bière. — Les commissaires de police ont reçu l'ordre d'informer, dans le plus bref délai, les maires de tout décès cholérique qui leur serait signalé, afin que ceux-ci puissent ordonner la mise en bière d'urgence. Des mesures spéciales sont, en outre, prises pour assurer l'imperméabilité absolue des cercueils.

Service médical institué près les mairies. — MM. les maires ont été invités à organiser un service médical permanent, de façon que les familles soient assurées de rencontrer le jour et la nuit sur des points déterminés des médecins disposés à se porter au secours des malades.

Etuves de désinfection. — La Préfecture de police s'est assurée, pour le cas où il serait utile de construire d'urgence des étuves de désinfection, le concours de la maison Geneste et Herscher, à Paris. Ces étuves, chauffées par le gaz, permettraient, au moyen de l'emploi successif de la chaleur sèche et de la chaleur humide, d'assurer une désinfection parfaite des vêtements, linges et matelas. Le prix de ces étuves serait de 3,450 fr. l'une, non compris les frais accessoires.

— Voici les instructions concernant les escouades de désinfecteurs :

1. Quand une escouade est appelée à aller désinfecter une chambre qui a été occupée par un malade, elle doit partir immédiatement et emporter les objets suivants :

1o Une plaque de tôle de 0 m.60 sur 0m.60;
2o Du sable en sac;
3o De la fleur de soufre (par paquets de 500 grammes);
4o De l'alcool méthylique (flacon de 200 grammes);
5o Des fourneaux de terre ou des briques;
6o Des allumettes;
7o Des allume-feux;
8o Un mètre;
9o Une échelle de 2 mètres;
10o Un pot à colle et un pinceau;
11o Du papier de collage, par exemple de vieux journaux;
12o Des flacons de chlorure de zinc.

II. Arrivé dans la chambre, il faut d'abord cuber la pièce. A cet effet, mesurer la hauteur, la longueur et la largeur, multiplier le premier nombre par le second et le produit par le troisième.

Cette mesure a pour but de savoir quelle quantité de soufre doit être brûlée dans la pièce. Il en sera brûlé 20 grammes par mètre cube. Une pièce de 25 mètres cubes exigerait un paquet de 500 grammes.

Etendre à terre ou sur des tables tous les objets ayant été en contact avec le cholérique.

Calfeutrer la cheminée, les fenêtres, les portes intérieures, en y collant du papier.

Disposer sur la plaque de tôle placée au milieu de la chambre le fourneau ou les briques, en prenant toutes les précautions possibles pour éviter les causes d'incendie : on aura soin d'en écarter les papiers et les étoffes.

A défaut de fourneau, on formera, au moyen de briques et de sable, une sorte de cuvette peu profonde, de 0 m.30 sur 0 m.30 environ, dans laquelle on versera la quantité de soufre nécessaire. Sur ce soufre, on répandra de l'alcool, de façon à en humecter la surface; on y jettera quelques allume-feux et on allumera.

Avec un fourneau, l'opération serait analogue.

On fermera la porte dès l'allumage. On calfeutrera hermétiquement la porte au dehors et on donnera la clef au concierge, en lui recommandant de ne pas s'en dessaisir.

Avant de se retirer, ne pas manquer de jeter dans les plombs et dans les cabinets d'aisances une solution de 500 grammes de chlorure de zinc, mélangée à 10 litres d'eau.

III. Le lendemain, retourner dans le local, ouvrir les portes et les fenêtres, jeter de nouveau dans les plombs et dans les cabinets d'aisances une solution de 500 grammes de chlorure de zinc mélangée à 10 litres d'eau, et rapporter les objets au dépôt.

— Pour compléter le système des avertissements, la Société générale des téléphones a obtenu l'autorisation de mettre gratuitement au service du public ses bureaux téléphoniques. Toute personne munie d'une attestation médicale constatant qu'il s'agit d'un cas de choléra sera mise en communication par les bureaux téléphoniques avec les représentants de l'administration désignés pour envoyer des secours. La préfecture de police et les vingt mairies sont reliées aux bureaux téléphoniques.

— Dans sa séance du 10 novembre, le conseil municipal de Paris a voté une somme de 150,000 francs pour secours urgents aux cholériques et pour l'organisation du service de désinfection.

— Le choléra semble disparaître de ses anciens foyers : en Italie, en Algérie, à Nantes, à Yport, les cas deviennent de plus en plus rares. Mais, d'après une correspondance adressée de Marseille au journal LE TEMPS, on aurait constaté à Toulon 20 cas nouveaux, dont 10 parmi les frères d'une école dont le maire a ordonné immédiatement le licenciement. Le choléra aurait aussi éclaté dans la maison centrale de Melun.

— L'INTERNAT DES FEMMES DEVANT LE CORPS MÉDICO-CHIRURGICAL DES HOPITAUX. — La Société de chirurgie et la Société médicale des hôpitaux se sont réunies la semaine dernière pour délibérer sur l'internat des femmes. Les avocats des étudiantes ont été peu nombreux. A la Société de chirurgie, sur 52 membres présents, 4 seulement ont voté en faveur de l'internat des femmes. A la Société médicale des hôpitaux, sur 65 membres présents, l'admission des femmes à l'internat n'a réuni non plus que 4 voix. On peut donc dire qu'à la presque unanimité le corps médico-chirurgical des hôpitaux s'est prononcé contre l'internat des femmes.

— UN SCANDALE A L'UNIVERSITÉ DE BERLIN. — Les universités allemandes ne sont pas moins jalouses de leurs prérogatives que nos facultés françaises. D'habitude leurs professeurs ne sont nommés que parmi les candidats présentés par l'Université. Or, sous la pression du grand-chancelier de l'empire, et malgré les protestations de tous les professeurs de l'Université de Berlin qui le considéraient comme indigne, M. Schweninger a obtenu la chaire de dermatologie. En vain le nouveau professeur a-t-il cherché à entrer en relations avec ses collègues : il est tenu rigoureusement en quarantaine et les élèves font cause commune avec leurs maîtres : pas un ne s'est fait inscrire au cours du protégé de M. de Bismarck. Nous ajouterons, pour compléter ces renseignements, que, froissé de l'attitude de M. Du Bois-Reymond à son égard, M. Schweninger a envoyé ses témoins à son collègue, qui n'a pas cru devoir lui donner satisfaction.

R. F. D.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Le docteur A.-C. Saucerotte, médecin en chef de l'hôpital de Lunéville, membre correspondant de l'Académie de médecine, vient de succomber à Lunéville dans sa quatre-vingtième année. Cet honorable et regretté confrère était le père de notre ancien collaborateur, M. Tony Saucerotte, à qui la rédaction de la GAZETTE exprime tous ses sentiments de sympathie.

— M. Henninger (Arthur), professeur agrégé à la Faculté de médecine, professeur à l'École municipale de physique et de chimie, membre des Sociétés de biologie et de chimie, officier de l'Instruction publique, est mort le 8 novembre, à l'âge de trente-quatre ans, à la suite d'une affection cérébrale dont il a été frappé à son retour du congrès de Blois. Ses obsèques ont eu lieu le 10 novembre.

***

M. le docteur Peyron, directeur de l'Institut national des sourds-muets, est nommé directeur général de l'Assistance publique.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le professeur Trélat a commencé son cours de clinique chirurgicale le mercredi 12 novembre 1884, à dix heures du matin. Les mercredis et vendredis, leçons à l'amphithéâtre et opérations à dix heures. Le lundi, maladies des femmes et étude des pièces au laboratoire. Les mardis, jeudis et samedis, visite des malades à neuf heures.

M. le docteur Hanriot, professeur agrégé, a commencé le cours complémentaire de chimie le mercredi 12 novembre 1884, à quatre heures de l'après-midi, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les mercredis suivants, à la même heure.

M. le professeur Laboulbène a commencé le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie le jeudi 13 novembre 1884, à quatre heures du soir, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure. — Dans la première leçon, le professeur a résumé l'œuvre de Celse et l'histoire de la médecine à Rome.

M. le docteur Straus, professeur agrégé, a commencé le cours complémentaire d'anatomie pathologique le jeudi 13 novembre 1884, à deux heures, dans l'amphithéâtre de l'École pratique, 3, rue Vauquelin, et le continuera les jeudis suivants, à la même heure.

M. le professeur Charcot a commencé le cours de clinique des maladies du système nerveux le vendredi 14 novembre 1884, à neuf heures et demie du matin, à l'hospice de la Salpêtrière, et le continuera les vendredis suivants, à la même heure. Les lundis auront lieu les leçons au lit des malades, les mardis l'examen des malades de la consultation externe, les vendredis les leçons à l'amphithéâtre.

M. le docteur Legroux, professeur agrégé, commencera des conférences de pathologie interne le lundi 17 novembre 1884 dans le petit amphithéâtre de la Faculté à huit heures et demie du matin et les continuera les vendredis et les lundis suivants à la même heure. Il traitera, comme sujets de son cours, la pathogénie, la thérapeutique et la prophylaxie des maladies infantiles.

M. le professeur Alfred Fournier commencera, à l'hôpital Saint-Louis, ses leçons cliniques sur les maladies syphilitiques et cutanées, le vendredi 14 novembre 1884, à neuf heures du matin, et les continuera les mardis et les vendredis suivants, à la même heure. Les mardis, les leçons auront lieu au lit des malades, et les vendredis, dans l'amphithéâtre.

M. le professeur Hardy commencera, à l'hôpital de la Charité, ses leçons de clinique médicale, le samedi 15 novembre 1884, à dix heures du matin, et les continuera les mardis et les samedis suivants, à la même heure. Visite des malades tous les jours, à neuf heures, exercices cliniques par les élèves tous les jeudis, à la visite.

M. le docteur Joffroy, agrégé, chargé du cours des maladies des enfants, à l'hôpital des Enfants-Malades, commencera ses leçons cliniques, le vendredi 15 novembre 1884, à neuf heures un quart, et les continuera les mardis et les samedis suivants, à la même heure. Les leçons du mardi auront lieu à la salle Sainte-Catherine (présentation des malades) ; les leçons du samedi seront faites à l'amphithéâtre. Tous les matins, à neuf heures, visite des malades.

— M. le docteur Magnan commencera des leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, le dimanche 16 novembre 1884, à neuf heures et demie du matin, dans l'amphithéâtre d'admission de l'asile public des aliénés de Sainte-Anne. Il les continuera les mercredis et les dimanches suivants, à la même heure.

Les conférences du mercredi seront consacrées à l'étude pratique du diagnostic de la folie. Les leçons cliniques du dimanche porteront plus particulièrement cette année sur les rapports entre la folie héréditaire, les folies intermittentes et le délire chronique.

Les élèves et les docteurs en médecine, les magistrats et les avocats seront admis sur la présentation de leur carte.

— M. le docteur Gillet de Grandmont commencera un cours d'ophtalmologie le lundi 17 novembre, à huit heures du soir, à l'École pratique (amphithéâtre n° 3), et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure. — Les élèves seront exercés à la pratique des opérations.

CLINIQUE DES MALADIES DE L'ESTOMAC. — *Hôpital de la Pitié.* — M. le Dr V. Audhoui reprendra ses leçons cliniques sur les maladies de l'estomac, le 20 novembre 1884, à neuf heures et demie, à l'amphithéâtre n° 3, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — Le docteur Jules Simon recommencera ses conférences de thérapeutique le mercredi 19 novembre, à neuf heures, et les continuera les mercredis suivants, à la même heure.

Consultation clinique le samedi.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Sont nommés chefs de clinique : MM. Dufour (médecine) ; Laguaite (chirurgie) ; Mathien et Lemoine (maladies mentales).

— M. le docteur Arloing, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, est nommé professeur de physiologie à la Faculté des sciences de la même ville.

École pratique des Hautes-Études. — Les travaux du laboratoire d'enseignement de zoologie anatomique commenceront le lundi 17 novembre 1884 au Muséum d'histoire naturelle sous la direction de M. H. Milne-Edwards et A. Milne-Edwards. Ils auront lieu tous les jours, de midi à quatre heures, pendant le semestre d'hiver de l'année scolaire 1884-1885. Ils consisteront en dissections, autres exercices pratiques et conférences. Le laboratoire des recherches restera ouvert pendant toute la durée de l'année scolaire.

Les étudiants qui voudront prendre part à ces travaux devront se faire inscrire de midi à quatre heures, au laboratoire, rue de Buffon, 55.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Thèses de doctorat soutenues pendant l'année scolaire 1884.

227. M. Ebeid. Des fistules vésico-vaginales et de leur traitement par la réunion immédiate secondaire. — 228. M. Pagnier. Essai sur l'étiologie du rhumatisme articulaire aigu. — 229. M. Heulez. De l'asthénie du tissu conjonctif. (Étude pathogénique des dilatations veineuse, annulaire, pulmonaire, etc.) — 230. M. Roussel. Températures élevées et températures simulées. — 231. M. Amiot. Du traitement du pédicule après l'hystérectomie par la voie abdominale. — 232. M. Forget. De la guérison spontanée des abcès froids et des abcès par congestion. — 233. M. Charlier. De la torsion des artères et de l'hémorrhagie secondaire. — 234 M. Bron-Duclaud. Contribution à l'étude de la pyohémie. — 235. M. Leclerc. Compression du nerf médian par un cal vicieux de l'extrémité inférieure du radius. — 236. M. Denise. Traitement du bec-de-lièvre simple et compliqué. — 237. M. Mondon. Températures locales et phthisie pulmonaire. — 238. M. Artus. Contribution à l'étude des œdèmes d'origine nerveuse. — 239. M. Gonzalez. Indications et contre-indications de l'ignipuncture du col de l'utérus. — 240. M. Caillet. De l'insuffisance aortique consécutive à l'athérome de l'aorte. — 241. M. Bellan. Traitement du psoriasis. — 242. M. Delay. Contribution à l'étude du mal perforant dans la période préataxique du tabes. — 243. M. Emery-Desbrousses. De la rupture du tendon sus-rotulien. — 244. M. Ch. Bonnet. Essai sur l'histoire de la trachéotomie. — 245. M. Muleur. Essai historique sur l'affection calculeuse du foie depuis Hippocrate jusqu'à Fourcroy et Pujol (1801-1802). — 246. M. Montoya. De la dilatation de l'estomac consécutive à la fièvre typhoïde.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Guide de thérapeutique aux eaux minérales et aux bains de mer, par le docteur Ch. Campardon avec une préface du docteur Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine, etc. 1 vol. in-18 cartonné diamant. — Prix : 5 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Traité clinique des maladies de l'enfance, par le docteur Cadet de Gassicourt, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie. Tome III et dernier : Diphthérie, affections cérébrales. 1 vol. gr. in-8 de 600 pages avec 40 tracés. — Prix : 12 fr. L'ouvrage est maintenant terminé. Prix des 3 vol. : 36 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.





GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

CLINIQUE CHIRURGICALE

PLAIE DU POUMON. — HÉMO-PNEUMO-THORAX. — THORACENTÈSE. — PLEUROTOMIE. — AUTOPSIE (1). Service du professeur DUBRUEIL, de l'hôpital Saint-Eloi, de Montpellier.

Je veux aujourd'hui, messieurs, vous parler d'un malade qui a déjà fait le sujet d'un de nos entretiens antérieurs, et a été pour moi l'occasion d'une grave erreur de pronostic. Il s'agit de ce jeune homme qui, à la suite d'un coup de couteau, avait été atteint d'un hémo-pneumo-thorax et avait subi d'abord la thoracentèse, puis la pleurotomie.

Quelques jours avant de quitter le service, c'est-à-dire vers le 15 août, je vous annonçai que cet opéré était sur le point de guérir. Son état général était excellent ; il avait notablement engraissé. La fistule pleurale ne donnait issue qu'à une très petite quantité de liquide et n'en recevait qu'assez peu.

(1) Voir la première partie de l'opération dans le numéro 38 de la GAZETTE MÉDICALE (20 septembre 1884).

En reprenant le service, le 8 octobre, j'ai trouvé ce malade dans un état alarmant. Il avait notablement maigri et avait une fièvre continue avec exacerbations le soir. Le liquide qui s'écoulait de la plèvre sentait mauvais. Le trajet fistuleux était notablement rétréci, mais admettait cependant une sonde de moyen calibre. Je fis pratiquer deux fois par jour des injections avec une solution d'acide borique à 3 0|0, ce qui n'amena pas d'amélioration. Je voulus alors essayer de la teinture d'iode et j'eus recours à une injection concentrée ; les phénomènes septicémiques persistèrent.

L'auscultation du côté malade pratiquée à ce moment permettait d'entendre à peu près partout le bruit respiratoire, affaibli il est vrai. On percevait les vibrations thoraciques. A la percussion, il fallait frapper fortement pour obtenir un certain degré de sonorité, et encore cette sonorité profonde était-elle assez faible. Le long du rachis, il y avait une véritable matité.

En introduisant une sonde dans la fistule, on la sentait se diriger en arrière.

Voulant faciliter l'écoulement du liquide pleural, je résolus d'agrandir l'orifice fistuleux et, pour ce, de réséquer une portion de la septième côte, située immédiatement au-dessous de cet orifice.

Je réséquai environ deux centimètres de cette côte, et je ne vous cacherai pas que, le fragment costal enlevé, lorsque je voulus ouvrir plus largement la cavité pleurale, je faillis m'égarer, et je finis par érailler la face supérieure du diaphragme. Mais mon excellent et savant confrère, M. Kiener, qui assistait à l'opération, émit l'opinion que l'organe qui se présentait était non pas le poumon, mais le foie recouvert du diaphragme et remonté en raison des adhérences pleurales. Je ne tardai pas à constater la vérité de cette opinion, et je m'arrêtai. Il n'était que temps. Le malade fut reporté à son lit.

FEUILLETON

LES INSANITÉS DES QUARANTAINES.

Les insanités des quarantaines, « *the Follies of quarantine* », tel est le titre d'un article paru récemment dans le BRITISH MEDICAL JOURNAL, énumérant la série de mesures prises soit à l'entrée des ports, soit aux frontières ou même à l'entrée des villes, depuis l'invasion du choléra à Toulon, par les autorités françaises, italiennes, espagnoles. Ce titre nous paraît pleinement justifié ; aussi l'adoptons-nous.

En analysant d'un côté les précautions prises, de l'autre les résultats obtenus, nous n'hésitons pas à croire que les nations latines devront changer de système ; l'expérience est là pour condamner tout ce qui a été fait pendant cette dernière épidémie.

Lorsque la présence du choléra fut bien constatée dans les ports du Levant et notamment à Alexandrie, les mesures de quarantaine les plus minutieuses furent appliquées en France, ce qui n'empêcha pas le fléau de faire son apparition à Toulon où il pénétra par une « fissure » que les princes de la science furent impuissants à découvrir ; la maladie fit de rapides progrès et, malgré l'organisations de cordons sanitaires les plus variés et les plus fantastiques, le fameux bacille en virgule fit son apparition à Marseille et sur bien d'autres points. Les nombreux ouvriers italiens renvoyés faute de travail ne purent rentrer dans leur patrie qu'après un séjour très prolongé sur la frontière ; des milliers de ces malheureux entassés près de Vintimille, mal nourris, couchés sur de la paille non renouvelée, souillant de leurs déjections le pourtour de leur campement, ne furent ainsi admis à rentrer chez eux qu'après avoir par leur agglomération préparé le meilleur « bouillon » imaginable pour la culture des microbes.

Quoi d'étonnant à ce que beaucoup d'entre eux, arrivés sains au moment de la détention quarantenaire, soient repartis plus ou moins contaminés ou du moins singulièrement affaiblis et par conséquent plus aptes à recevoir tout germe morbigène.

Tout le long de la frontière italienne, mêmes précautions, mêmes rigueurs. Pour les navires, c'était encore bien pis. Résultat acquis :

La dyspnée alla croissant; il survint une vive douleur du côté gauche. Le pouls faiblit, et la température ne s'éleva guère.

En auscultant le côté gauche, nous constatâmes en arrière un peu de matité à la base et des râles sous-crépitants. De plus, à gauche et en avant, il y avait des frottements, perceptibles même à la main, et qui se passaient, ce que nous n'avons vu qu'à l'autopsie, dans le péricarde.

Bref, le malade succomba quatre jours après l'opération.

L'autopsie nous a révélé plusieurs faits fort intéressants : d'abord l'existence d'une péricardite méconnue pendant la vie. Il y avait dans le péricarde un épanchement considérable de sérosité, et les deux feuillets viscéral et pariétal de la membrane étaient recouverts d'une couche de pseudo-membranes rugueuses.

Je vous rappellerai qu'avant d'ouvrir la cavité thoracique, nous avions mesuré les deux demi-circonférences au niveau de la base de l'appendice xyphoïde et constaté que la droite (côté de la blessure) avait deux centimètres de moins que l'autre. En outre, l'obliquité des côtes droites avait notablement augmenté, c'est-à-dire que le sinus de l'angle qu'elles forment en bas en se réunissant au rachis avait notablement diminué.

Le foie était gros et graisseux; les reins étaient manifestement atteints de néphrite parenchymateuse.

J'en viens maintenant à la partie la plus importante de la nécropsie, l'examen des poumons.

Du côté gauche, il y avait dans la plèvre une petite quantité de sérosité. Quelques fausses membranes à la base du poumon qui était œdématié.

A droite, nous trouvâmes d'abord une adhérence intime entre les feuillets viscéral et pariétal de la plèvre dans la majeure partie de leur étendue.

Ces adhérences laissaient libre un trajet fistuleux pouvant admettre une sonde de moyen calibre et s'étendant transversalement de l'orifice cutané de la fistule jusque dans une cavité située en arrière et interceptée entre de fausses membranes recouvrant la partie postérieure des deux feuillets de la plèvre. Dans cette cavité, qui correspondait à la gouttière costo-vertébrale, c'est-à-dire à la partie la plus reculée des arcs costaux, se trouvait une certaine quantité de liquide purulent. La cavité était à peu près ovoïde, et son grand diamètre vertical avait de 17 à 18 centimètres, tandis que l'horizontal en avait de 6 à 7. Le sac pseudo-membraneux remontait jusqu'à la première côte. Le poumon était sclérosé.

Les viscères enlevés, nous constatâmes sur la paroi thoracique droite une disposition assez intéressante. Cette paroi présentait un évasement considérable dans la partie inférieure correspondant au foie, tandis que la partie supérieure était au contraire rétrécie.

Je tenais, messieurs, à insister sur cette autopsie, parce qu'elle me paraît présenter une certaine importance au point de vue d'une opération qui, quoique de fraîche date, semble aujourd'hui perdre déjà du terrain. Je veux parler de l'opération à laquelle est attaché, à tort ou à raison, le nom d'Estlander et qui consiste, vous le savez, dans la résection de plusieurs portions de côtes, résection destinée à permettre au feuillet pariétal de la plèvre de se rapprocher du feuillet viscéral maintenu par le fait de la sclérose qu'a subie le poumon.

Vous m'avez même vu pratiquer à deux reprises cette opération sur une jeune femme qui a depuis longtemps quitté le service, améliorée, mais non guérie. Elle avait été atteinte d'une pleurésie suppurée, et lorsqu'elle vint dans les salles elle portait une fistule pleurale cutanée. Le pus s'était fait jour sous la peau et le médecin de la malade n'avait eu qu'à inciser cette membrane.

On avait eu recours sans résultat à des injections irritantes dans la plèvre.

Je pratiquai le drainage vertical de la cavité pleurale et j'employai successivement des injections de différente nature. Voyant que je n'arrivais à rien, j'en vins à l'opération d'Estlander. La suppuration pleurale persista sans modification bien appréciable. Dans une seconde opération, j'excisai des fragments costaux plus étendus et je fis porter l'opération sur un plus grand nombre de côtes. La suppuration diminua, mais ne tarit pas complètement, et je suis à peu près certain qu'elle persiste encore.

J'avais songé un instant pour notre dernier malade à recourir à l'opération d'Estlander; une considération entre autres qui m'avait arrêté, c'était la difficulté de préciser à quelle partie des côtes correspondait la cavité pleurale persistante. Bien m'en a pris de ne pas opérer; j'aurais fait une opéra-

---

le choléra se répand par des « fissures » à Naples, à Rome, à la Spezzia, à Gênes, etc.

Du côté de l'Espagne, mesures analogues; un cordon de troupes empêche tout voyageur de franchir les Pyrénées; un malheureux, voulant passer quand même près de Luchon, est tué raide par une sentinelle. Un Français écrivait de Perthus, route de Barcelone, qu'introduit dans le local de la quarantaine, il le trouva si sale, si dégoûtant, qu'il préféra renoncer à son voyage en Espagne et retourner en France; mais on refusa de le laisser sortir et on voulut le forcer à rester dix jours dans ce chenil; décidé à rebrousser chemin, il réussit à s'échapper, non sans entendre deux balles siffler à ses oreilles.

Voici ce qu'écrivait un autre Français dans une lettre datée du lazaret de Fontarabie :

« Plantabaja, 15 septembre.

« Nous sommes dans un véritable marais; les dortoirs sont établis dans des écuries mal fermées par des planches où le vent et la pluie font rage, surtout dans ce pays où les pluies sont fréquentes; nos lits sont souvent inondés. Quant à la salle à manger, elle est établie sous un hangar à peine clos; nous ne pouvons sortir que malades d'un endroit aussi insalubre. »

Nous trouvant dernièrement à Orthez, nous désirâmes aller visiter le lazaret d'Irun; mais, n'ayant pas envie d'y passer dix jours, nous primes, par un ami, auprès du sous-préfet de Bayonne, des informations; voici sa réponse télégraphique : « Quarantaine rigoureusement obligatoire franchissant frontière; absolument aucune exception, précautions inénarrables. » Naturellement, nous y renonçâmes, mais nous lûmes quelque temps après, dans le FIGARO, les spirituels articles de notre ami Albert Millaud racontant sa captivité. Encore était-il dans les privilégiés; les conditions du lazaret avaient été très améliorées pour les riches. Mais, hélas! que devenaient les pauvres obligés de rester à la frontière, la bourse plate? Les quarantaines maritimes étaient des plus rigoureuses. Résultat : apparition du choléra sur plusieurs points de l'Espagne, terreur de la population.

Une fois le fléau bel et bien pénétré par des « fissures » en France, en Italie, en Espagne, que se passe-t-il?

Pendant que Marseille était contaminée, on y obligeait des navires n'ayant aucun malade, mais venant d'Alexandrie, à subir la

tion au moins inutile, et dans les cas analogues l'opération en question restera toujours inutile.

Chez ce jeune homme, je ne pouvais avoir la prétention de réséquer les portions de côtes correspondant à la partie persistante de la cavité pleurale, puisque cette dernière correspondait à la gouttière costo-vertébrale et ne s'étendait guère au delà.

Portant sur toute autre portion des arcs costaux, la résection était inutile, les adhérences étant déjà produites.

De cette autopsie ressort ce fait qu'il est un certain nombre de cas dans lesquels l'opération d'Estlander serait faite sans aucune utilité; ces cas sont ceux dans lesquels la cavité pleurale s'est oblitérée en avant et ne persiste qu'à la partie la plus reculée.

PATHOLOGIE MÉDICALE

De la coniase biliaire et de ses symptômes, par M. le docteur Merle, médecin consultant à Vichy.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

Voici quatre observations qui viennent à l'appui de la description que j'ai faite des symptômes de la coniase biliaire. Les trois premières sont à la fois cliniques et chimiques et la quatrième est simplement chimique :

Première observation. — M. D..., pendant les quatre mois que je passe à la station thermale de Vichy, va consulter à Etampes un excellent praticien pour une diarrhée qui le gênait, sans cependant le fatiguer outre mesure ni l'affaiblir. C'est un des caractères de cette diarrhée. Mon confrère ne ménage ni diascordium ni bismuth. Cette médication continuée pendant deux mois et demi ne produisit aucun effet.

A ma rentrée, ce malade vient me consulter. Je lui fais décrire sa maladie; je lui dis d'examiner ses matières, de me ramasser pendant huit jours tout le sable qu'il y trouverait. Son facies, sa teinte subictérique me donnaient la certitude que mon malade était atteint de coniase biliaire. Mon diagnostic fut exact, car au bout de huit jours il m'apporta un plein dé à coudre de sable. Un traitement de Vichy chez soi l'a débarrassé, du moins momentanément, de cette affection. Je dois dire, sans aucune louange pour ces eaux, qu'elles ont remplacé avantageusement, même à distance de la source, et le diascordium et le bismuth.

Deuxième observation. — M. M..., âgé de 36 ans, obligé de faire tous les jours 50, 60, 80 kilomètres en voiture, avec des repas plus ou moins réguliers, courts et précipités, mastication défectueuse, est pris d'une dyspepsie flatulente. C'était au mois de mars 1877. Né de parents arthritiques, arthritique lui-même, il a conservé pendant trois ans sa dyspepsie, jusqu'en 1879. La rigueur de cet hiver a considérablement augmenté les symptômes dyspeptiques. Les digestions deviennent de plus en plus difficiles. Il est obligé de suivre un régime lacté; il y a quelques régurgitations et l'assimilation devient de plus en plus laborieuse; son facies est jaune, son caractère très irascible. L'estomac est dilaté. On obtient une fois et deux fois par jour un véritable clapotement, ou bruit de succussion. En faisant tourner le malade sur le côté gauche, on perçoit une matité qui n'est pas constante et qui ne s'étend pas tout à fait jusqu'à la ligne médiane; si le malade se tourne sur le côté droit, la matité dépasse la ligne médiane, matité occasionnée par le déplacement du liquide. Il y avait un vrai catarrhe gastrique. Il disparaissait comme il venait, sans amener ni selles ni sueurs. S'il m'était permis de représenter par des chiffres le bruit de clapotement, je dirais que, chaque fois que le liquide allait frapper la partie gauche de l'estomac, le bruit pouvait être représenté par 2. Chaque fois qu'il était renvoyé du côté droit, ce même bruit pouvait être représenté par 1. Par conséquent, le bruit du côté gauche était en intensité double de celui du côté droit. Par moments, le foie dépassait de quatre à cinq travers de doigt le rebord des fausses côtes, et quel n'était pas mon étonnement quand le lendemain ou le surlendemain je le retrouvais normal, du moins quant au volume! De temps en temps, le malade se plaignait d'une diarrhée toute particulière, qui me frappa. Des confrères qu'il avait consultés, ses amis, n'étaient pas du tout rassurés sur son compte. Je constatai du sable dans ses matières. Cette diarrhée, suivie de constipation opiniâtre, reparut tous les huit jours, tous les six jours et enfin tous les jours pendant six semaines. Il y avait 2, 3, 4 selles renfermant du sable jaune, blanc, brun et noir.

Sur ces entrefaites, survint une pleurésie du côté droit qui dura environ quatre semaines. Le côté fut entièrement pris, et après la guérison il resta une telle quantité de fausses membranes que le malade étant vêtu d'un gilet de flanelle, d'une chemise, du gilet et de la redingote, ma main sentait à travers tous ses vêtements les frottements des fausses membranes. Ces fausses membranes étaient si considérable qu'un mois après la guérison des accidents aigus de la pleurésie, M. le professeur Potain auscultant le malade sur les vêtements, lui dit : « Vous avez en une

---

quarantaine. Alors que l'épidémie était sur son déclin en France, les navires allant de Marseille à Gênes étaient tenus aux mêmes mesures vexatoires dans cette dernière ville, qui était elle-même beaucoup plus atteinte que la ville française.

Pendant ce temps, les steamers venant de la Méditerranée, à moins d'avoir des malades à bord, étaient admis en libre pratique en Angleterre; le commerce britannique était florissant et les armateurs français sur le chemin de la ruine.

Le capitaine du steamer français « *les Vosges* », faisant les escales de la Méditerranée, écrivait que, malgré l'état sanitaire parfait de son équipage, il avait dû subir dans un seul voyage, à différentes échelles, quarante-deux jours de quarantaine, tout cela parce que son navire appartenait au port de Marseille.

Je connais personnellement une famille portugaise demeurant à Paris, qui a attendu trois mois pour s'embarquer à Bordeaux, en destination de Lisbonne, toute provenance française étant prohibée, tandis que le commerce anglais ou allemand était parfaitement libre.

En résumé, les pays qui continuent à exiger des quarantaines rigoureuses, ont été malgré cela victimes du choléra; ceux, au contraire, qui se sont bornés à surveiller les provenances, mais sans exiger des mesures générales, ont été épargnés ou moins frappés que les précédents. Et qu'on ne dise pas que c'est une affaire de climat : l'Angleterre a été à plusieurs reprises et gravement ravagée par le choléra. Non, son immunité actuelle tient au système de protection intelligente et aux progrès de l'hygiène qui y sont appliqués.

Un navire contaminé arrive-t-il en Angleterre, les malades sont mis à part et soignés, les linges et marchandises douteuses sont désinfectés; mais les passagers sains et les colis non dangereux peuvent débarquer. Dans ces conditions, s'il y a quelque individu ou quelque objet contaminé, il est mis à part; tandis qu'avec le système quarantenaire des races latines on cherche à éviter toutes ces mesures vexatoires, on est amené à dissimuler. De là les fameuses fissures introuvables, de là des paniques dans les populations, de là la ruine du commerce français.

Avec une faible partie des millions perdus grâce à la quarantaine de Marseille, on aurait pu installer dans toutes les maisons de la cité phocéenne des water-closets en porcelaine et bâtir des égouts en marbre.

vraie pleurésie de médecin. » Le malade les entendait lui-même parfaitement, ainsi que sa femme. Dans les matières, il m'arriva de rencontrer trois à quatre fois des fragments mélaniques, c'était de la bile, que je pourrais comparer à de la suie et qui me firent craindre un instant une affection grave. Il y avait parfois des sortes d'accès de fièvre intermittente et la coniase biliaire avait disparu. C'était une pleurésie *à frigore*, de *nature rhumatismale* et *hépatique*.

Quelque temps après la guérison de la pleurésie, la teinte subictérique, la diarrhée caractéristique décrite plus haut reparurent et le malade pouvait, par le besoin impérieux d'aller à la garde-robe, deviner ses crises. Je l'envoyai au mois de juin à Vichy. L'appétit revint après deux ou trois jours du traitement thermal. Son teint devint meilleur; ses forces, épuisées par le manque d'assimilation, revinrent. Les selles diarrhéiques disparurent et le malade, après son retour de Vichy, n'en ressentit aucune atteinte jusqu'au mois de janvier 1880. La même année, M. M... a fait au mois de juin et au mois d'août deux saisons aux mêmes eaux, et depuis, sans jamais avoir eu de coliques hépatiques, il n'a plus eu trace de coniase biliaire. Sa santé s'est parfaitement rétablie.

Troisième observation. — Cette observation est due à l'obligeance de notre excellent confrère M. le docteur Roux-Seignoret (d'Hyères). Il était en voyage quand il me l'a adressée. Aussi je me borne à prendre la plume et à copier sa lettre :

« Il me serait difficile de vous donner sur notre malade une observation détaillée. Je vais toutefois vous en crayonner les traits principaux : femme de 40 ans, de nature nerveuse, de bonne constitution. Le père était goutteux et rhumatisant, mort de maladie que je ne puis pas préciser. Mère asthmatique et emphysémateuse, âgée de 66 ans, ayant été sujette jusqu'à 50 ans à des accès de migraine.

« La malade qui nous occupe n'a jamais fait de maladies graves. Elle est seulement atteinte depuis environ quinze ans de violents accès de migraine qui la forcent à garder le repos au lit. Les accès reviennent tous les huit jours environ, mais apparaissent constamment avec les règles.

« Au moment où je vous l'ai adressée à Vichy, elle éprouvait, depuis environ un an, des *douleurs intermittentes dans la fosse iliaque gauche*, sans irradiation du côté droit. Ces douleurs s'accompagnaient de constipation.

« Pas de douleur du côté du foie ; pas d'augmentation du volume de cet organe ni de la rate. Cœur sain.

« Toutefois, à mon instigation, la malade examina ses garde-robes, et elle me montra à la visite suivante de petits corps de couleur brun foncé, friables, dont la grosseur variait depuis celle d'une tête d'épingle à celle d'un grain de chènevis. C'étaient, à n'en pas douter, de petits cristaux de matière biliaire. Depuis, elle remarqua que, chaque fois que la douleur de la fosse iliaque gauche se faisait sentir, elle rendait au bout de quelques jours une quantité variable de ces petits cristaux et que la douleur s'apaisait après leur expulsion.

« Depuis son retour de Vichy, quelque incomplète qu'ait été sa saison thermale, elle n'a plus souffert de sa douleur iliaque, elle n'a plus expulsé de petits calculs biliaires; en un mot, la lithiase ne s'est plus montrée. De plus, les accès de migraine sont devenus plus rares.

« J'ai voulu la renvoyer cette année à Vichy, mais je n'ai pu, quelles qu'aient été mes instances, la résoudre à y aller. La santé, en dehors de sa migraine, est bonne.

« Voilà, esquissée à grands traits, cette observation. J'espère, mon cher confrère, qu'elle pourra vous servir telle qu'elle est. En tout cas, vous pouvez affirmer la diathèse arthritique chez les acendants de notre malade et chez elle-même. »

Quatrième observation. — Elle est purement chimique, et je la dois à l'obligeance de M. Mollat, pharmacien à Vichy. La voici :

Mlle X..., originaire de Belgique, fut envoyée à Vichy en 1882 pour y soigner une prétendue affection de l'estomac. Le diagnostic du médecin de Belgique était : ulcération de l'estomac. Le médecin de Vichy qui eut à traiter la malade crut à une maladie du foie et me pria d'examiner, au point de vue analytique, les matières fécales rendues en douze heures par Mlle X....

Dans le fond du vase, je trouvai une poussière cristalline, dont je couvris plusieurs plaques de verre à préparations microscopiques. Je laissai sécher, puis j'examinai chimiquement ce que pouvait être ce sable fin que j'avais rencontré en assez grande quantité.

Chauffée dans une capsule de platine, une portion de la matière disparut et il me resta un sel blanc qui, traité par l'acide chlorhydrique, donna un dégagement de gaz. Dans la solution, je constatai facilement la présence de la chaux, de la magnésie et des traces de fer.

Cette poussière avait donc la composition exacte des calculs biliaires (matières organiques, carbonates, chaux, magnésie, etc., etc.). Je me prononçai en faveur de la poussière biliaire.

Plus tard, j'appris qu'un chimiste belge, M. Wild, si j'ai bonne mémoire, appelé à donner son avis sur mon analyse, la confirma en tout point.

Dans nos villes, on continue à distribuer pour la boisson des eaux polluées et à autoriser les propriétaires de Toulon, par exemple, à ne pas avoir de cabinets d'aisances dans leurs maisons. Les locataires sont abonnés à des lieux publics. S'ils sont bien portants, ils s'y rendent ; mais s'ils sont malades, comment faire ? Leurs déjections sont versées dans les ruisseaux. Quant aux autorités sanitaires, à leurs quarantaines d'observation et à leurs lazarets, elles rappellent les us et coutumes de la Sainte-Inquisition.

L'UNION MÉDICALE publiait ces jours-ci un article intitulé : *les Distributions d'eau potable et le choléra asiatique*, renfermant les faits suivants :

« Avant 1851, Manchester buvait des eaux de puits ou celles de l'Iwell, les unes et les autres également polluées. En 1832, il y eut dans la ville 890 décès cholériques, et en 1848, on en compta 1,115. Une distribution d'eau pure fut instituée en 1851. Aussi, en 1854, on enregistra 50 décès cholériques. En 1866, cette mortalité fut à 88 décès seulement.

« De même à Glascow, où avant 1859 la Clyde, rivière polluée par les localités situées au-dessus de la ville, fournissait d'eau les divers quartiers. En 1832, la mortalité cholérique s'éleva à 2,842 décès ; en 1849, à 3,772, et en 1854 à 3,886. Pendant l'épidémie de 1866, la ville qui avait été alimentée en eaux pures depuis 1859, ne compta que 68 victimes.

« La contamination par les eaux d'égouts n'est pas moins à craindre ; j'en trouve la preuve dans le fait suivant qui, loin d'être inédit, mérite cependant d'être rappelé ailleurs qu'à Londres.

« Après une épidémie de choléra qui s'était traduite en août par 26 cas, on signala le 1er septembre la brusque invasion de la maladie dans le sous-district de Berwick, au voisinage d'un puits de Broad-Street, puits situé au centre du quartier infecté. En vingt-quatre heures, la mortalité atteignit son chiffre le plus élevé pour ne s'éteindre que le 20 septembre, après avoir fait dans ce seul quartier 609 victimes en vingt jours. L'enquête fit reconnaître que, soixante-dix-huit heures avant l'agression cholérique, un enfant avait succombé au choléra asiatique au numéro 40 de Broad-Street. Ses déjections furent projetées dans le ruisseau qui conduit à quelques pieds du puits. Or, ce puits était d'usage populaire ; on rechercha la qualité de ses eaux : elles contenaient 7,72 p. 1,000 de matières organiques et 1,37 pour 1,000 de sels minéraux. Toutes les victimes consommaient de cette eau. En outre, une vieille

En présence de ces quatre observations, aussi concluantes l'une que l'autre, et en attendant de nouvelles preuves qui viennent compléter et confirmer les miennes, je crois pouvoir affirmer l'existence de la *coniase biliaire essentielle*, indépendante de toute colique hépatique.

Cette affection mérite donc d'être décrite immédiatement après les coliques hépatiques et d'occuper une place à part dans le cadre nosologique.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

DEUX CAS DE LÉSION CÉRÉBRALE, par le docteur A. BROUSSE, chef de clinique de la Faculté de Montpellier.

Première observation. — Un homme de 73 ans est frappé d'apoplexie; à la suite de cette attaque, il présente une paralysie incomplète de la face et des membres du côté gauche. La parole est conservée, il n'y a pas d'aphasie, mais la langue est très gênée dans ses mouvements et le malade ne peut la sortir de la bouche. Dix jours après, nouvelle attaque : hémiplégie gauche complète, paralysie des sphincters, déviation de la face à droite. Mort au bout de douze jours.

A l'autopsie, on trouve dans l'hémisphère droit du cerveau : 1° un foyer de ramollissement rouge siégeant au voisinage de la partie supérieure du corps strié et intéressant les faisceaux qui vont aux première et deuxième frontales; 2o un foyer de ramollissement jaune (par conséquent plus ancien) en dehors du corps strié et intéressant le pied des faisceaux blancs qui vont à la troisième frontale.

Ce dernier foyer étant le plus ancien, c'est à lui que l'on doit attribuer la première attaque; à ce moment, en même temps qu'une paralysie incomplète du côté gauche, existait une parésie singulière de la langue sans aphasie. L'auteur rappelle les expériences de Ferrier qui place chez le singe le centre des mouvements de la langue sur le pied de la troisième frontale droite et sur l'extrémité inférieure de la frontale ascendante.

Le foyer de ramollissement rouge qui a entraîné l'hémiplégie complète était en dehors des faisceaux se rendant aux zones motrices. Ces faisceaux, dont l'altération n'aurait pu être affirmée que par l'examen microscopique, ont dû subir le contre-coup de la lésion qui s'opérait dans leur voisinage immédiat. Cette observation n'est donc pas, comme il pourrait le paraître au premier abord, contraire à la doctrine des localisations cérébrales.

Deuxième observation. — Une femme de 70 ans présente une hémiplégie droite : le membre inférieur peut cependant faire quelques mouvements très limités; la face est paralysée, la langue déviée à droite, la parole presque abolie, la sensibilité générale fort diminuée. Au bout de quelques jours, la malade étant revenue à elle, on s'aperçoit qu'elle est nettement aphasique.

Elle meurt, et à son autopsie on trouve une tumeur fibro-sarcomateuse, grosse comme une cerise, sur l'apophyse clinoïde postérieure gauche, comprimant les vaisseaux, surtout la sylvienne; cette artère est oblitérée dans une grande étendue.

L'hémisphère gauche présente un foyer de ramollissement cortical occupant une grande partie, mais non toute l'étendue du territoire de la sylvienne : deux tiers inférieurs de la deuxième frontale et de la frontale ascendante, troisième frontale, tiers inférieur de la pariétale ascendante, presque toute la première temporale. L'altération s'étend en outre aux faisceaux blancs correspondants et de plus aux faisceaux orbitaires et sphénoïdaux, au lobule de l'insula, à la partie antérieure du noyau caudé, à tout le noyau lenticulaire et à la partie externe de la capsule interne. La partie supérieure de la frontale et de la pariétale ascendantes n'étant pas lésée ainsi que le lobule paracentral, on s'explique la paralysie incomplète de la jambe.

REVUE DES JOURNAUX RUSSES

Thérapeutique.

TRAITEMENT DE L'ÉPIDIDYMITE GONORRHÉIQUE AIGUË PAR L'APPLICATION DE L'ARGILE SUR LE SCROTUM, par le docteur LOUCACHÉVITCH.

Avant de décrire la méthode de traitement de l'épididymite, recommandée par l'auteur, nous croyons utile de dire quelques mots sur les autres applications thérapeutiques de l'argile, qui est en Russie un remède populaire et apprécié même par des médecins illustres, tels que le professeur Botkine (de Saint-Pétersbourg). Nous puisons les faits que nous allons résumer brièvement dans les *Travaux de la Société médicale de Saint-Pétersbourg*, 1882, p. 59-62 (en langue russe).

Dans le gouvernement de Riazane, les paysans emploient souvent les applications sur la peau de l'argile mélangée avec du vinaigre comme réfrigérant dans la fièvre. Les femmes, dans le gouvernement de Wologda, calment les douleurs

---

femme et sa nièce, habitant dans un quartier éloigné, n'employaient pas d'autre eau que celle de ce puits. Toutes deux succombèrent, tandis qu'aucun cas de choléra ne fut observé dans leur voisinage. »

A propos de la très intéressante communication à l'Académie du docteur Daremberg sur les eaux polluées puisées dans la Seine pour la consommation parisienne, le docteur Hérard rappelait qu'en 1865, étant médecin de l'hôpital Lariboisière, il remarqua que tous les malades cholériques venaient de Montmartre et s'informa de la provenance des eaux potables de ce quartier; or il acquit la preuve que ces eaux étaient puisées dans la Seine près de Saint-Ouen. Le docteur de Villiers, dans la séance suivante, résumant les rapports des médecins de la Compagnie P.-L.-M. sur l'invasion cholérique, disait que le village de Solliès-Pont, près Toulon, était alimenté seulement par un puits situé près des maisons et contaminé de leurs déjections; toutes les autres conditions hygiéniques n'avaient rien de défavorable. Or la population de ce village fut décimée en 1865 et gravement atteinte cette année, tandis que les villages voisins étaient épargnés ou très peu frappés.

Rapprochons ces faits de celui si bien mis en lumière par le docteur Dionis des Carrières, d'Auxerre, à propos de l'épidémie typhoïde qui ravagea cette ville il y a deux ans : l'eau était fournie à certains quartiers par un puits, aux autres par une source. Les maisons alimentées par la source furent seules atteintes; or la contamination de cette source fut clairement démontrée. Enfin dernièrement, à Gênes, l'eau amenée par un aqueduc fut reconnue souillée : on suspendit la distribution de cette eau et l'épidémie cholérique subit immédiatement une décroissance marquée.

Concluons : Pas de quarantaines générales, ni terrestres, ni maritimes, en Europe; mais mesures sanitaires, isolement des malades, désinfection des linges et des appartements, installation de water-closets à siphon dans chaque maison, canalisation des eaux ménagères et de vidange indépendante de celle des eaux pluviales et surtout distribution dans chaque maison d'eau potable parfaitement pure.

Dr DE VALCOURT,
médecin à Cannes.

hystériques variées par l'application de l'argile sur la plante des pieds. Les chirurgiens russes Zablotzki et Chipoulitzki, ainsi que le célèbre Pirogoff, employaient l'argile avec succès dans les cas d'anévrysme. Le professeur Botkine se sert de ce même remède dans les cas d'anévrysme de l'aorte thoracique, les névroses du cœur et contre les pulsations épigastriques de l'hystérie. Après application sur l'endroit de la tumeur pulsatile d'une pâte d'argile, on observe dans ces cas non seulement un soulagement subjectif considérable (diminution des accès d'asthme, affaiblissement de la douleur cardiaque), mais même une amélioration de l'état objectif : la tumeur pulsatile diminue de volume (ce qu'on voit aussi dans les cas d'anévrysme de l'aorte thoracique) et ses pulsations deviennent plus faibles. En faisant disparaître la pulsation épigastrique chez les femmes hystériques, l'argile produit en même temps un amendement notable des symptômes du côté des organes de la digestion ; elle fait cesser les vomissements, la diarrhée et les douleurs abdominales. Botkine explique les effets thérapeutiques de l'argile par son action réfrigérante et surtout par ses propriétés métallothérapiques.

Dans ces derniers temps, le docteur Loucachévitch traite avec beaucoup de succès les épididymites blennorrhagiques aiguës par l'application de l'argile. Il se sert de l'argile blanche des sculpteurs, additionnée d'eau pour former une pâte suffisamment molle. On enduit un morceau de toile carré d'une couche d'un doigt d'épaisseur de cette pâte. Un aide soulève le scrotum tuméfié, pendant que l'opérateur applique le pansement qui doit recouvrir toute la moitié affectée du scrotum jusqu'à la racine du pénis. On comprime légèrement le scrotum et la pâte pour que cette dernière s'adapte bien à l'organe malade et forme autour de lui un moule sphéroïdal parfait. Ensuite on met un suspensoir au malade qui reste couché dans son lit, les jambes écartées par l'interposition d'un linge. Comme l'argile retient l'humidité très longtemps, il suffit de renouveler son application deux fois par jour, matin et soir. L'auteur assure que déjà dix minutes après la première application de l'argile la douleur aiguë se change en une douleur sourde, très supportable, pour disparaître bientôt tout à fait. Dès le second ou le troisième jour de ce traitement, le testicule tuméfié commence à dégonfler rapidement, sans douleur aucune. On doit continuer les applications d'argile pendant quatre ou cinq jours. Jusqu'à présent l'auteur a traité par sa méthode, et sans employer aucun autre moyen, tel que sangsues, etc., 26 cas d'épididymite et a toujours obtenu une prompte guérison. (WRATCH, 1884, n° 31.)

TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE PAR LA RÉSORCINE ET L'ACIDE SALICYLIQUE EN SOLUTION DANS L'HUILE DE RICIN, par le docteur O. BOGOUCHE.

Dans les cas de diarrhée septique, aiguë ou chronique, caractérisée par la fétidité des déjections et par la présence dans les matières fécales d'une quantité très grande de microorganismes, l'auteur obtient des résultats excellents par l'usage interne de la résorcine dissoute dans de l'huile de ricin préalablement chauffée. Dans cette combinaison, la résorcine ne provoque jamais les symptômes désagréables qu'on observe parfois en employant le médicament seul (tintement d'oreilles, sueurs abondantes, coloration foncée de l'urine). Cette différence d'action s'explique, d'après l'auteur, par une résorption plus lente de la résorcine associée à l'huile de ricin.

La résorcine et l'acide salicylique, en leur qualité de dérivés de l'acide phénique, se dissolvent très bien dans les corps gras et les huiles à une température élevée. L'auteur emploie pour les adultes la formule suivante :

Rec. Résorcine pure. . . . . 1 gr. 25.
Dissoudre dans huile de ricin chaude. . 150 grammes
S. — A prendre en une seule fois.

Aux enfants, à partir de l'âge de 4 ans, on donne 0 gr. 5 de résorcine dans la quantité correspondante d'huile de ricin.

Parmi les cas de guérison obtenue par cette médication, l'auteur cite celui d'un enfant atteint depuis six mois d'une diarrhée fétide, absolument rebelle à tous les moyens usuels. La résorcine, associée à l'huile de ricin, produisit une guérison rapide et complète.

L'auteur recommande d'essayer la même médication contre le choléra asiatique, espérant tuer par la résorcine « les virgules » de Koch. On pourrait aussi essayer dans le choléra un mélange de résorcine et d'acide salicylique (toujours dans de l'huile de ricin) pour réagir par l'acide salicylique contre l'alcalinité des déjections cholériques (MÉDIZINSKOIÉ OBOSRÉNIÉ, 1884, n° 14). — Notons en passant l'analogie du traitement de l'auteur (emploi d'un *antiseptique*) avec le traitement des diarrhées, préconisé dernièrement par le professeur Rossbach, d'Iéna, qui se sert dans le même but d'un autre *antiseptique*, la naphthaline (BERLINER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT, 1884, n° 42).

UN NOUVEL ANTISEPTIQUE : L'ACIDE TRICHLOROACÉTIQUE, par le docteur FILIPPOWITCH (Odessa).

L'acide trichloroacétique (C CL3 CO2 H) est, d'après l'auteur, un puissant antiseptique, efficace même dans une solution à 0,2 %. A la concentration de 1 et 2 %, il détruit toute vie organique ; à une concentration moindre (entre 0,5 et 1 %), il n'empêche pas le développement des levures et des moisissures, mais arrête celui des bactéries et des micrococcus. En comparant l'action sur les bactéries de l'acide trichloroacétique avec celle de quelques autres substances antiseptiques le plus souvent employées, l'auteur a obtenu l'échelle suivante, dans laquelle la force antiseptique des substances va en décroissant : sublimé, acide phénique, *acide trichloroacétique*, chlorure de zinc, borax, permanganate de potasse.

L'acide trichloroacétique est un corps cristallin, facilement soluble dans l'eau et l'alcool, d'une odeur agréable. Il coagule fortement l'albumine. Ses solutions concentrées sont caustiques. Les solutions étendues provoquent l'hypersécrétion de la salive, anéantissent complètement la faculté du ferment salivaire de transformer l'amidon en sucre et arrêtent l'action digestive de la pepsine. A une plus grande concentration, l'acide trichloroacétique précipite la pepsine et les peptones.

L'auteur s'est servi de l'acide trichloroacétique comme d'un remède antiseptique dans le traitement de diverses maladies. D'abord il l'a employé pour les pansements. Les plaies putrides et calleuses se nettoient rapidement, se couvrent de bonnes granulations et guérissent promptement sous l'influence de l'acide trichloroacétique qui, employé à une faible concentration, n'irrite pas la plaie et supprime même l'irritation, si elle existe. L'acide trichloroacétique est un excellent remède contre l'érysipèle, les fissures de la peau qui se produisent, sous l'influence de l'œdème, aux extrémités inférieures dans

les maladies du cœur et des reins, et contre les chancres dans lesquels il n'est nullement inférieur à l'iodoforme.

A l'intérieur, l'acide trichloroacétique a été administré par l'auteur dans les catarrhes gastriques (*amélioration*), les gastro-entérites estivales épidémiques des enfants (*guérison*) et les cas de carcinome de l'estomac (*diminution des vomissements*).

Pour les pansements, l'auteur emploie une solution aqueuse à 1 et 2 % de l'acide trichloroacétique. A l'intérieur, il donne aux adultes 0,1 à 0,3 d'acide trois ou quatre fois par jour et aux enfants 0,03 à 0,06 quatre ou cinq fois par jour, toujours en solution aqueuse. L'acide trichloroacétique, employé en lotions, agit aussi très bien dans les cas de mugnet. Enfin l'auteur recommande l'emploi de l'acide en question comme moyen préventif du choléra à la dose de 0,12 ou 0,18 trois à quatre fois par jour (MÉDIZINSKOIÉ OBOSRÉNIÉ, 1884, n° 18).

Dr W. HOLSTEIN.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

SUR LE TRAITEMENT DU CHOLÉRA.

Malgré son actualité, la question du traitement du choléra constitue un sujet de revue bien banal, étant donné le nombre incalculable de livres, de brochures, de thèses, d'articles de journaux, de communications aux sociétés savantes, de leçons publiques qui lui ont été consacrés depuis la première apparition du choléra en Europe jusqu'à nos jours. Cependant aucun de ceux qui ont exposé cette question thérapeutique ne nous a fait connaître un remède sûr, infaillible, contre le choléra constitué à l'état de maladie, ou seulement une médication toujours applicable. On peut dire, sans exagération, que dans la lutte contre le fléau on a épuisé toutes les ressources de l'arsenal thérapeutique; malgré cela, on hésite encore sur le choix des moyens les plus propres à faire atteindre le but. C'est qu'en matière de thérapeutique du choléra la médecine a été réduite, comme pour la plupart des autres maladies, à faire de l'empirisme pur et simple. Or l'occasion de mettre à l'épreuve les médications préconisées de côté et d'autre ont été heureusement assez rares. Cette occasion vient de s'imposer dans le courant des derniers mois; en présence de l'extension lente, mais continue, du fléau, il y a pour les médecins un grand intérêt à connaître les enseignements qui se dégagent des observations et des essais de traitement faits sur le théâtre des premiers ravages. C'est dans cette attention qu'a été écrite cette revue.

Nous venons de dire qu'on ne connaît pas jusqu'ici de remède infaillible contre le choléra, quelque chose comme un spécifique, équivalent à ce qu'on est convenu d'appeler une *médication rationnelle*, s'attaquant au principe de la maladie, à l'*ens morbi*. On peut s'étonner que la médecine et l'humanité en soient encore à déplorer cette lacune, aujourd'hui que les théories microbiennes brillent de tant d'éclat et affichent tant de prétentions, alors que la doctrine des médications spécifiques, des *anti*, recrute des partisans parmi les adversaires de la veille, — témoin ce qui s'est passé depuis la découverte du bacille de la tuberculose. Or la réapparition du choléra sur les bords du Nil d'abord, puis dans le midi de la France, a été l'occasion d'une découverte contestée par bon nombre de médecins autorisés, mais acceptée par un nombre non moins grand d'esprits d'élite, celle du bacille en forme de virgule, que M. R. Koch prétend être le germe du choléra indien. En admettant que telle ne fût pas la signification de ce micro-organisme et que la découverte de M. R. Koch se réduisît à une erreur d'interprétation, une chose est à peu près universellement acceptée aujourd'hui, c'est que le germe du choléra, quelle que soit d'ailleurs sa nature, élit domicile et produit ses principaux ravages dans l'intestin des malades, qu'il se retrouve dans les déjections des cholériques. Une fois qu'il a été expulsé de l'organisme, nous pouvons l'atteindre dans les déjections et les matières vomies, le détruire sur place ou du moins paralyser son activité malfaisante. C'est à cette notion, basée sur des faits incontestables, que la prophylaxie du choléra doit ses procédés les plus efficaces. Mais contre les germes retenus dans l'organisme du cholérique nous sommes jusqu'ici réduits à une impuissance complète, on à peu près; l'observation clinique nous a édifiés sur ce point, dans le cours de l'épidémie actuelle. J'ajouterai que nous n'avons même pas l'espérance de voir se réaliser les retentissantes promesses des *microbiens*. Parmi les substances douées du pouvoir d'arrêter le développement du bacille en virgule dans les milieux de culture, M. Koch mentionne le sulfate de cuivre, qui exerce cette propriété même quand on le manie à l'état de dilution au 1/25,000e. Or, quoique le sulfate de cuivre soit un des antiseptiques les moins toxiques, M. Koch (1) a fait observer avec juste raison que la quantité de ce sel nécessaire pour arrêter le développement de tous les bacilles en virgule, dans l'intestin d'un cholérique, tuerait infailliblement le malade!

Il n'existe donc pas de remède spécifique du choléra; c'est une chose reconnue et proclamée par tous les auteurs désintéressés qui ont écrit en connaissance de cause sur le traitement de cette maladie. Pour ne citer que des travaux récents, cette opinion se trouve formellement exprimée dans une leçon faite à la Faculté de médecine de Paris par l'éminent professeur de thérapeutique, M. Hayem (2), dans les leçons sur le choléra de M. Grasset (3), de Montpellier, et du regretté professeur Fabre, de Marseille.

S'il n'y a pas de remède spécifique connu, contre le choléra, nous en sommes donc réduits, en fait de traitement de cette maladie, à une thérapeutique basée sur les indications. Ces indications varient d'une période à l'autre. Il y a plus, un même symptôme peut réclamer une intervention différente, suivant l'époque de la maladie où il se manifeste. Il importe donc de se mettre d'accord sur ce qu'il faut entendre par périodes du choléra.

En ne tenant pas compte des cas de choléra foudroyant, on admet en général que la succession des symptômes de cette maladie passe par trois phases : une période *prodromique*, une période *d'état* une période *d'algidité*; cette dernière, en cas de dénouement heureux, sera suivie d'une période de réaction.

Cette division a pour principal mérite la commodité qu'elle offre aux pathologistes pour donner de la symptomatologie du

(1) Voir GAZETTE MÉDICALE, 1884, no 34, p. 400.

(2) G. HAYEM, *le Traitement du choléra*, REVUE SCIENTIFIQUE, t. XXXIV, no 3, 19 juillet 1884.

(3) Leçons faites par décision de la Faculté (de Montpellier), les 4, 5 et 7 juillet 1884, sur la symptomatologie, l'hygiène et le traitement du choléra, par MM. les professeurs CASTAN, BERTIN-SANS et GRASSET, Montpellier, 1884.

choléra une description méthodique. Mais elle empiète sur l'arbitraire, et la stricte délimitation de ces différentes périodes est souvent peu facile. On parle de période prodromique, lorsque l'invasion du choléra s'annonce par cette diarrhée, bénigne en apparence, qu'on a qualifiée de *prémonitoire* (J. Guérin). Avec cette diarrhée coïncident souvent d'autres manifestations d'un embarras gastro-intestinal : nausées, vomissements pouvant faire croire à une indigestion, coliques, état saburral de la langue, malaise vague, fourmillements dans les mollets. Considéré en lui-même, ce syndrome n'a rien qui soit propre à évoquer l'idée d'une maladie spécifique. Loin de tout foyer d'épidémie, il ne ferait nullement songer à une atteinte de choléra. On se trouve en présence d'une phénoménalité qui n'autorise qu'un diagnostic de présomption. Le diagnostic se confirme, quand apparaissent les symptômes de la seconde période. Ceux-ci ne sont que les manifestations de la période dite prémonitoire, avec un cachet d'accentuation plus ou moins marquée ; la diarrhée est devenue profuse, les vomissements ont acquis une extrême ténacité ; les picotements dans les membres ont fait place aux crampes douloureuses, etc. Mais déjà l'algidité commence à poindre, sous l'influence des pertes séreuses profuses. Avec elle, la troisième période se dessine, et le malade réalise bientôt cette phénoménalité aussi effrayante que caractéristique, trop connue pour que nous tentions d'en reproduire les traits principaux.

Si l'étroit enchaînement de ces différentes manifestations s'oppose, en thèse générale, à la délimitation rigoureuse de ces différentes périodes, il n'en est pas moins vrai que les moyens à mettre en œuvre contre le choléra ne seront pas les mêmes aux différentes phases qu'il traverse ; or la distribution de la maladie en trois périodes se retrouve chez tous les auteurs qui ont tenu compte de cette diversité d'indications, à la fois chez ceux qui se sont inspirés des seules données de l'empirisme et chez ceux qui ont fait appel aux notions courantes sur la pathogénie des symptômes du choléra.

Considérons d'abord la période prodromique. On a dit que cette période fait souvent défaut, assertion discutable. Des protestations énergiques, et fondées, croyons-nous, se sont élevées contre la signification que M. Jules Guérin attribue à la diarrhée dite prémonitoire. Quoi qu'il en soit, dans la pratique, il y a un intérêt immense à distinguer les manifestations initiales et le plus souvent insidieuses du choléra, des manifestations de la période d'état. C'est quand la maladie ne s'annonce encore que par une simple diarrhée, lorsqu'elle ne revêt que les dehors d'un embarras gastrique ou d'une cholérine, que l'on a les plus grandes chances de couper le mal à sa racine. Sur cela, les médecins sont aujourd'hui parfaitement d'accord, ainsi que sur les moyens à mettre en œuvre pour atteindre le résultat voulu. C'est devenu un principe banal, qu'en temps d'épidémie de choléra il faut traiter énergiquement et au plus tôt toute diarrhée, tout embarras gastrique, et le meilleur exemple qu'on puisse donner de l'efficacité de cette manière de faire est celui que M. Jules Guérin citait naguère à la tribune de l'Académie de médecine (22 juillet 1884) : sur 130,000 cas de diarrhées prémonitoires dûment constatés et traités à temps, en Angleterre, au moment de l'épidémie de 1849, 250 seulement ont évolué jusqu'au choléra mortel.

Un autre point sur lequel l'accord est fait, c'est qu'il faut s'abstenir de traiter cette diarrhée, dite prémonitoire, par les purgatifs, comme on pourrait être tenté de le faire en toute autre circonstance, en présence d'un embarras gastrique, d'une diarrhée saisonnière. L'observation clinique a démontré le danger de l'emploi des purgatifs à la phase initiale du choléra. L'idée qu'on se fait de la nature et de l'évolution de la maladie peut, dans une certaine mesure, nous donner l'explication du fait. Etant admis, suivant l'opinion du jour, que le germe du choléra pénètre habituellement dans notre organisme par les voies digestives, on pourrait être tenté de voir dans la médication évacuante une véritable médication abortive, en tant qu'elle est à même d'expulser le poison des lieux qu'il occupe d'abord et où il exercera ses principaux ravages. En réalité, le purgatif hâte le passage du poison de l'estomac dans l'intestin, c'est-à-dire d'un organe où il se trouve en contact avec un véritable antidote (suc gastrique) dans un autre où il rencontre les circonstances les plus favorables à l'exercice de ses propriétés délétères. *A priori*, la médication évacuante ne saurait donc être utile que quand elle est appliquée sous forme d'un vomitif, ayant pour effet d'expulser le poison cholérique hors de l'estomac, avant qu'il ait pu pénétrer dans l'intestin en quantité suffisante pour produire un empoisonnement grave. Le raisonnement peut être faux. L'observation a démontré que l'ipéca administré à dose vomitive constitue un des moyens les plus efficaces d'enrayer l'évolution du choléra à ses premiers débuts. Briquet, entre autres, avait vanté ce remède à l'égal d'un antidote. D'autres, moins enthousiastes, en ont limité les indications aux cas où le choléra débute sous les dehors d'un embarras gastrique ; tels Fabre, de Marseille, qui déclarait que dans ces conditions l'ipéca, comme remède du début, ne saurait être suffisamment vanté. L'emploi du tartre stibié doit être proscrit à cause de l'action dépressive de cette substance. Quant aux vertus spécifiques qu'on a prétendu attribuer au sulfate de cuivre, nous en parlerons plus loin.

L'ipéca n'empêche pas l'administration ultérieure de l'opium (20 à 30 gouttes de laudanum dans les vingt-quatre heures) dont l'utilité, au début du choléra, est à peu près universellement reconnue. Il est difficile de donner une explication plausible du mode d'action de l'opium à cette période initiale. L'essentiel est de savoir que le remède est efficace, que dans la grande majorité des cas son administration, soue une forme ou une autre, met fin à cette diarrhée et à ces manifestations d'embarras gastro-intestinal, qu'en temps d'épidémie il y a tout lieu de considérer comme le prélude d'une attaque de choléra ; et alors, au prix de quelques soins intelligents, on aura arraché le malade aux atteintes du fléau.

E. RICKLIN.

(A suivre.)

BIBLIOGRAPHIE

DOUZE ANS EN ALGÉRIE, 1830 à 1842, 2e édition. Paris, 1883, in-12 ; — PÉRÉGRINATIONS EN ALGÉRIE, 1830 à 1842, par M. BONNAFONT. Paris, 1884, in-12. — NICOLAS LEBLANC, SA VIE, SES TRAVAUX ET L'HISTOIRE DE LA SOUDE ARTIFICIELLE, par M. AUG. ANASTASI. Paris, 1884, in-8.

Un ancien médecin principal de l'armée, bien connu par de nombreux travaux sur l'appareil auditif, M. Bonnafont, a eu la bonne pensée de mettre en ordre ses notes écrites au jour le jour, pendant une résidence de douze années en Algérie. Les deux volumes qu'il offre au public seront lus avec

intérêt par tous ceux que l'histoire de notre conquête africaine ne laisse pas indifférents. Episodes de la vie militaire, mœurs et coutumes des Arabes, anecdotes véridiques concernant la plupart des officiers célèbres de notre armée et les médecins militaires les plus connus, abondent dans les récits de l'auteur. Nous y relevons, entre autres articles, les expériences tentées par M. Bonnafont, afin de constater jusqu'à quel point la légende du décapité qui entend mérite une croyance quelconque, expériences suivies d'insuccès, prévus et annoncés d'avance par le docteur, contrairement à l'attente des officiers présents. Ces deux volumes contiennent aussi des scènes navrantes d'ambulance, où rien n'est prévu, et où l'intelligence des chirurgiens est sans cesse incitée; l'on voit des femmes de harem, transformées en cantinières, confectionnant des chemises pour les blessés; l'on assiste aux aventures piquantes de l'ordonnance de l'auteur, et les cérémonies du mariage, de la circoncision, les maisons, les bains, la vie publique et privée des Arabes avec des détails ethnologiques sur les peuples de l'Algérie : tout est raconté, d'une façon pittoresque, par un témoin qui a vu et bien vu ce qu'il raconte.

— Un artiste distingué, M. Anastasi, aujourd'hui malheureusement privé de la vue, vient d'utiliser ses loisirs en écrivant la vie de son grand-père, Nicolas Leblanc, l'inventeur des premiers procédés pour fabriquer la soude artificielle, procédés qui ont enrichi notre pays et même les pays voisins en abaissant considérablement le prix d'une substance d'un grand emploi. M. Leblanc appartenait à une famille industrielle du Berry; il fit ses premières études chirurgicales à Bourges, sous la direction d'un ami de sa famille, Bien, alors chirurgien distingué de cette ville, et il voulut les continuer à Paris. On le trouve en 1759 élève des écoles de chirurgie; il est reçu maître peu d'années après et devient chirurgien du duc d'Orléans et de sa maison. Il est l'ami et le collègue de Haüy, de Fourcroy et de Berthollet, et, tout en exerçant la médecine, il étudie la chimie avec ardeur. L'on trouvera dans le volume que nous venons de citer tous les détails de la découverte de Leblanc, son association avec le duc d'Orléans et avec Dizé, les revendications de ce dernier et en définitive le rapport de la section de chimie de l'Institut, qui confirme à Leblanc tous ses droits. M. Anastasi a rendu un pieux et réel hommage à la mémoire de son aïeul en publiant son intéressant plaidoyer.

A. D.

FORMULAIRE

Eau purgative.

1° Rec. Tartrate double de potasse et de soude.. 180 parties.
Bicarbonate de soude.................. 92 —
Mêler, pour un paquet.
2° Rec. Acide tartrique...... 81 parties.
Sulfate de magnésie. 50 —
Mêler, pour un paquet.

En faisant dissoudre le contenu des deux paquets dans une quantité convenable d'eau, on obtient une eau purgative beaucoup plus active que l'eau de Sedlitz et d'un goût moins désagréable. La saveur amère du sulfate de magnésie est corrigée par le tartrate de potasse et de soude.

(Pharmak. Rundschau.) E. R.

NOTES & INFORMATIONS

Le choléra à Paris.

L'épidémie continue de décroître à Paris. Voici les chiffres des trois derniers jours.

Mardi	18 novembre.	54	cas nouveaux
Mercredi	19 —	41	—
Jeudi	20 —	39	—
	Total....	134	

Ces chiffres se répartissent de la manière suivante :

1er arrondissement	2	Report....	68
2e —	3	12e arrondissement	7
3e —	5	13e —	5
4e —	10	14e —	3
5e —	10	15e —	9
6e —	3	16e —	0
7e —	8	17e —	4
8e —	0	18e —	6
9e —	1	19e —	5
10e —	7	20e —	0
11e —	19	Banlieue	27
A reporter....	68	Total.....	134

Le mouvement dans les hôpitaux donne les résultats suivants :

	Entrées	Sorties	Décès
Lundi 17 novembre	41	34	25
Mardi 18 —	40	23	28
Mercredi 19 —	29	31	25
Totaux....	110	88	78

Mercredi 19, à minuit, il restait dans les hôpitaux 292 cholériques en traitement.

Malgré cette décroissance de l'épidémie, les mesures prophylactiques ne cessent d'être prises. Ainsi le Conseil municipal vient de voter divers crédits pour assurer un lavage plus complet des voies publiques et l'exécution de travaux d'assainissement; la Commission des logements insalubres redouble de zèle et d'activité.

En ce qui concerne les troupes, tous les malades atteints de diarrhée et traités habituellement dans les infirmeries régimentaires sont envoyés dans les hôpitaux militaires, où des services spéciaux leur sont réservés.

Les écoles de la ville ont été aussi l'objet de mesures particulières. Les directeurs et directrices de ces écoles ont reçu du maire de leur arrondissement respectif la circulaire suivante :

« Le Comité de la Caisse des écoles a décidé que des distributions de café léger, additionné de sucre et de rhum, seraient faites aux enfants des écoles de l'arrondissement pendant la durée de l'épidémie cholérique qui sévit en ce moment.

« Je vous fais remettre aujourd'hui, à cet effet, les quantités de café, de sucre et de rhum nécessaires pour assurer cette distribution pendant une période de quinze jours, soit dix jours de classe environ.

« Voici la formule adoptée par le Comité :

« Pour un litre d'eau bouillante, 8 grammes de café, 8 grammes de sucre, 1 centilitre et demi de rhum.

« Le nombre des enfants présents à votre école est de..., dont .... prenant leur repas à la cantine; et .... prenant leur repas dans la famille.

« Aux premiers, il est alloué un tiers de litre de la boisson, et aux autres un sixième de litre.

« Vous voudrez bien me faire connaître dès demain, à la première heure, si le matériel de la cantine est pourvu d'un moulin,

afin que je puisse en faire distribuer dans la journée aux écoles qui en manquent.

« Vous voudrez bien me faire connaître également si vous disposez d'un récipient pour mettre la boisson ainsi préparée. Dans le cas contraire, je pourrais vous faire remettre une ou plusieurs cruches, vase qui me paraît être le plus propre à cet usage. »

Ajoutons que les médecins des écoles ont reçu l'ordre de visiter les élèves trois fois par semaine, et que des équipes de nettoyeurs passent deux fois par jour laver les classes et les cabinets.

— La Société pour la propagation de la crémation vient de demander au préfet de police l'autorisation d'ériger momentanément à Paris plusieurs appareils de crémation. Il serait question de construire, sur la hauteur du Père-Lachaise, un premier édifice funéraire muni d'un appareil crématoire destiné tout d'abord à détruire les cadavres ayant servi aux études anatomiques.

De son côté, la Ligue des patriotes fait appel au dévouement de tous pour l'organisation immédiate de secours à domicile.

Le choléra en province et a l'étranger. — Mesures prises par différents pays — L'épidémie de Paris fixe d'autant mieux l'attention publique que le choléra semble près de s'éteindre partout où il s'est montré, tant en province qu'à l'étranger.

On ne relève plus que des cas de plus en plus rares à Toulon.

A Nantes, il y a eu encore le 16 novembre sept cas et deux décès; le 18, cinq cas et deux décès.

A Melun et à Yport, on peut considérer l'épidémie comme terminée.

Le fléau se montrerait plus tenace à Oran, où on aurait constaté encore le 15 novembre six décès et cinq cas nouveaux, et le 18, huit cas et neuf décès.

A Saint-Malo, deux matelots d'un navire venu de Bône sont morts à l'hôpital du choléra. Le navire a été désinfecté et mis en quarantaine.

Mentionnons aussi pour mémoire le cas du pilote d'un remorqueur desservant la Seine, qui aurait été laissé à l'hôpital de Poissy atteint de choléra. Ce cas n'aurait été suivi d'aucun autre.

D'après certains bruits, immédiatement contredits par les autorités des pays respectifs, le choléra se serait montré à Bruxelles et à Londres.

En Italie, on ne relève plus que quelques cas suspects.

Cette atténuation générale de l'épidémie, indice probable de sa prochaine disparition, n'empêche pas les divers pays de prendre contre la possibilité de l'invasion du fléau des mesures plus ou moins rigoureuses.

Ainsi la municipalité de Berlin a voté un crédit de 150,000 marks pour parer à toutes les éventualités, et les gouvernements de la Prusse et de l'Alsace-Lorraine ont reçu des instructions relatives à l'application immédiate des mesures prophylactiques indiquées au mois de juin dernier par la commission sanitaire.

La Russie impose à tous les voyageurs venant de Paris ou des autres endroits contaminés une quarantaine à la frontière de 21 jours à dater du départ du lieu contaminé.

Les voyageurs et leurs bagages, pour entrer en Roumanie, sont soumis à la désinfection, et des wagons roumains sont substitués aux autres.

A Bruxelles et à Londres, les autorités sanitaires, en démentant les bruits de l'importation du choléra dans ces villes, ont déclaré être sous les armes pour combattre l'invasion du fléau.

Aux Etats-Unis, une circulaire de la trésorerie déclare contaminés tous les ports français et italiens et interdit l'importation des chiffons provenant de ces ports.

Le Brésil a pris des mesures plus draconiennes; il a prohibé les entrées de toutes les marchandises venant de France, quelle qu'en soit la provenance.

— Organisation sanitaire et services de désinfection a Londres — Nous avons reproduit, dans le dernier numéro de la Gazette médicale, les dispositions prises à Paris par la Préfecture de police pour le service des secours aux malades, en particulier pour celui de la désinfection des locaux et objets contaminés. Une correspondance dont nous empruntons des extraits au journal Le Temps, et qui offre un réel intérêt de circonstance, nous fait connaître comment on combat à Londres la propagation des maladies infectieuses :

Chaque district de Londres a un médecin (*medical officer of health*) qui a sous sa direction un ou plusieurs inspecteurs sanitaires (*sanitary inspectors*) recrutés parmi les agents voyers ou les constructeurs de maisons. Ces inspecteurs, aidés par des cantonniers, visitent et désinfectent les logis insalubres. A cette fin, ils emportent les vêtements, tapis, tentures, literies, etc., aux étuves de désinfection du district, et c'est ensuite seulement qu'ils font brûler du soufre dans les appartements contaminés. Ces médecins et inspecteurs exécutent avec rigueur la mission dont ils sont chargés; quelques chiffres le prouvent. En 1882, dans le district de Puddington, à Londres, on a désinfecté 298 maisons et dressé 600 procès-verbaux pour améliorations sanitaires (ventilation, curage et désinfection des fosses d'aisances, etc.). Dans le district de Poplar, à Londres, 7,471 maisons existent dans un quartier pauvre; on en a visité 1,623 et on a amélioré l'état sanitaire de 1,020 d'entre elles; 272 maisons ont été complètement purifiées et on a emporté à l'étuve de désinfection les vêtements et la literie de 214 malades. Dans 58 cas seulement, ces effets ont été désinfectés à domicile. Dans le district de Saint-Gilles, quartier très pauvre, 11,776 maisons ont été inspectées et 1,318 désinfectées.

« Ces mesures sanitaires ne sont ordonnées d'office que dans le cas où il y a urgence ou bien lorsqu'il s'agit d'indigents. Dans les quartiers riches, on laisse aux propriétaires ou aux principaux locataires le soin de faire exécuter par les ouvriers qu'ils choisissent eux-mêmes les purifications jugées indispensables. C'est ainsi que, dans le district de Newington, dont la population est de 107,850 personnes, on a directement désinfecté 218 maisons et purifié à l'étuve 179 lits; mais, de plus, on a imposé à 297 propriétaires l'obligation de désinfecter leurs maisons, de telle sorte que, dans la seule année 1882, et sans qu'il y ait eu d'autre épidémie que celles de rougeole, scarlatine, variole et fièvre typhoïde, on a, dans un seul district de Londres, purifié 515 maisons.

« On le voit, l'organisation sanitaire est installée à Londres dans des conditions que ne rappellent en rien les mesures conseillées aujourd'hui. Il est vrai d'ajouter que les Anglais n'ont reculé devant aucun sacrifice pour obtenir de leurs médecins et de leurs inspecteurs sanitaires l'assistance permanente qui seule peut donner des résultats vraiment utiles. Les appointements de ces agents paraîtront peut-être assez élevés; ils sont en rapport avec les services rendus. En général, les inspecteurs de salubrité reçoivent des émoluments plus élevés que les médecins, ceux-ci profitant de leur clientèle, que l'on suppose augmentée en raison d'une situation officielle considérée. Voici quelques exemples. A Chatam (population 26,000 âmes), le médecin reçoit 1,000 fr. par an, l'inspecteur sanitaire, 1,300 fr. A Eatsbourne, ville d'eaux (population 20,000 âmes), le médecin reçoit 2,200 fr. par an et son inspecteur 3,250 fr. A West-Ham, district voisin de Londres, le médecin de santé reçoit 3,750 fr. (la population est de 130,000 âmes), mais il est assisté de trois inspecteurs qui touchent, l'un 3,750 fr., les deux autres 2,350 fr. Dans le centre de Londres, les honoraires des médecins de santé peuvent s'élever à 10,000 fr. Les nominations sont faites par l'autorité sanitaire locale, sous réserve de l'approbation du *Local government Board*.

« En Angleterre, on obéit toujours aux injonctions de ces médecins sanitaires. Une amende de 125 francs ou un emprisonnement de trois mois peuvent d'ailleurs être infligés aux propriétaires qui auraient loué un appartement non désinfecté au préalable.

« Les mesures ordonnées ne sont ni vexatoires ni difficiles à appliquer, et il arrive ainsi qu'au moment où éclate une épidémie chacun connaît ses droits et son devoir, et que, l'organisation sa-

nitaire étant préparée, les agents chargés de faire appliquer la loi étant expérimentés, on n'assiste pas au désarroi et aux pertes de temps que, malheureusement encore, nous pourrions signaler à Paris. »

Nos édiles feront bien de méditer sur cette organisation. Il suffit de rappeler que la désinfection à l'étuve portée au-dessus de 100° est le système qui offre le plus de garantie.

— Prophylaxie des maladies contagieuses des animaux. — Dans la séance du Sénat du jeudi 13 novembre, M. Edouard Millaud a déposé sur le bureau un rapport fait au nom de la Commission des finances chargée d'examiner le projet de loi, adopté par la Chambre des députés, ayant pour objet d'ouvrir au ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, sur l'exercice 1884, un crédit de 80,000 fr. pour l'appropriation d'une partie du domaine de Villeneuve-l'Etang, en vue des expériences poursuivies par M. Pasteur sur la prophylaxie des maladies contagieuses des animaux.

— Congrès international de climatologie et d'hydrologie. — Ce congrès s'ouvrira à Biarritz le 10 octobre 1885.

— La Société française d'hygiène a obtenu un prix d'honneur à l'Exposition d'hygiène de Londres.

— Eaux de Paris. — Une note officielle de la préfecture de la Seine porte à la connaissance du public que le principe de la distribution de l'eau dans Paris repose sur une double canalisation :

1o Eau potable provenant des sources de la Dhuis et de la Vanne ;

2o Eau provenant du canal de l'Ourcq, de la Marne et de la Seine pour les lavages, arrosages, etc.

Sur la voie publique, cette double canalisation devra exister partout.

L'eau des appartements particuliers appartient à la première catégorie, sauf lorsqu'il s'agit de services industriels.

— Hygiène des lycées. — M. Albin Rousselet vient de publier dans le journal l'Université un article relatif à l'avantage qu'il y aurait à créer à proximité de Paris une grande maison de santé destinée à recevoir les élèves des lycées et collèges lorsqu'il sont atteints de maladies contagieuses. Il est, en effet, des élèves que l'éloignement des parents ou toute autre cause force quelquefois de caserner dans l'établissement. On a beau les placer dans des salles isolées, cette mesure est presque toujours le préliminaire d'un licenciement général. La proposition de M. Rousselet mérite donc une sérieuse attention.

— Les habitants de Draveil, Vigneux, Champrosay, Mainville, viennent d'ouvrir une souscription pour élever sur la place de Draveil une fontaine commémorative portant sur une de ses faces le médaillon du docteur Rouffy, humble médecin de campagne, mort il y a quelques mois, après avoir couru pendant trente ans les routes de Seine-et-Oise, donnant ce qu'il avait, ce qu'il savait, avec une bonté, un dévouement admirables.

— Le Conseil municipal de Loudun va donner le nom de Théophraste Renaudot, médecin de Louis XIII, a l'une des rues de la ville et faire poser une plaque sur la maison qu'habita le grand philantbrope.

— Legs. — Le docteur Mourgues de Carrère vient de léguer environ 150 volumes à la bibliothèque des internes de l'hôpital Necker.

— Un legs de près de 5 millions de francs vient d'être fait par Erasmus Wilson au Collège royal des chirurgiens de Londres. Une partie de cette somme serait, dit-on, destinée à organiser un laboratoire de physiologie et de pathologie expérimentale.

R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie. — On annonce la mort du docteur Pitoy, professeur de thérapeutique à l'Ecole de médecine de Rennes ; du docteur Snasso (de Paris) ; du docteur Valbrune (de Saint-Astier).

***

Faculté de médecine de Paris. — M. Barbezieux est nommé aide-préparateur du laboratoire de clinique chirurgicale à l'hôpital Necker.

— M. Suzanne est nommé préparateur du laboratoire d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Farganel, démissionnaire.

Faculté des sciences de Paris. — Par arrêté ministériel, en date du 6 novembre 1884, la chaire de chimie organique de la Faculté des sciences de Paris est déclarée vacante.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Par décret en date du 6 novembre 1884, rendu sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, M. Figuier, pourvu du diplôme supérieur de pharmacien de première classe, est nommé professeur de pharmacie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux (chaire nouvelle).

Faculté de médecine de Lyon. — Un concours s'ouvrira devant cette Faculté le 15 mai 1885 pour l'emploi de chef des travaux anatomiques. — Un autre concours s'ouvrira le 1er juin 1885 pour un emploi de suppléant d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble.

Faculté des sciences de Lyon. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, en date du 18 novembre 1884, la chaire de botanique de la Faculté des sciences de Lyon est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Ecole préparatoire de médecine de Limoges. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, en date du 18 novembre 1884, un concours pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et pharmacie de Limoges s'ouvrira, le 15 juin 1885, devant la Faculté mixte de médecine et pharmacie de Bordeaux.

Concours. — Par arrêté ministériel, en date du 6 novembre 1884, le concours qui devait s'ouvrir le 15 novembre 1884, devant la Faculté de médecine de Paris, pour deux emplois de suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes, l'un à l'Ecole de plein exercice de médecine et pharmacie de Nantes, l'autre à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen, est reporté au 15 février 1885.

— Par arrêté ministériel, en date du 6 novembre 1884, le concours qui devait s'ouvrir le 10 décembre 1884 devant la Faculté de médecine de Paris pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et physiologie à l'Ecole de plein exercice de médecine et pharmacie de Nantes est reporté au 1er mars 1885.

***

Faculté des sciences de Bordeaux. — M. Joannis, agrégé, docteur ès-sciences, est nommé maître de conférences de chimie, en remplacement de M. Forquignon, appelé à d'autres fonctions.

Légion d'honneur. — Par décret du président de la République, en date du 18 novembre 1884, rendu sur la proposition du ministre de la marine et des colonies, M. Cotte (Louis), médecin de première classe de la marine, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle du 15 novembre 1884, les 29 docteurs en médecine et les 4 pharmaciens de première classe dont les noms suivent ont été nommés à l'emploi de stagiaire à l'Ecole de médecine et de pharmacie militaires, pour prendre rang du 10 novembre 1884, savoir :

Docteurs en médecine : MM. Ramey, Ferrier, Bernard, Boyer, Girard, Odile, Bosc, Farganel, Jacquin, Letellier, Pouillaude, Eymery, Naboua, Auger, Boyé, Piussan, Trédos, Colombel, Marignac, Tricot, Baradat, Estor, Duco, Pech, Pruvost, Simon, Drély, Barudel, Sagrandi.

Pharmaciens de première classe : MM. Cornutrait, Booafous, Labache, Cazac.

— Par décret du 16 novembre 1884, ont été promus aux grades de médecin et pharmacien aide-major de première classe, pour prendre rang dans le cadre à la date du 20 novembre 1884, les médecins et pharmaciens aides-majors de deuxième classe dont les noms suivent, qui auront accompli, à cette date, deux années d'ancienneté de grade, savoir :

Médecins : MM. Hutin, Mosimann, Béchard, Petit, Strœbel, Lafille, Meunier, Raynal, Février, Carlier, Monnot, Lepagnez, Pailloz, Basin, Boucher, Godin, Debrie, Desprez, Barberet, Fabre, Robert, Tayac, Vachez, Sabatier, Bernard, Gruet, Baratte, Mesoier, Segrestao, Poirier, Pelletier, Germaix, Pélix, Jette, Vogelin, Chameroy, Clavelin, Boussavit, Dupeyron, Dumontier, de Poul de Lacoste, Billet, Galibern, Piot, Landouzy, Ott, Cornille, Bodeau, Cot, Pascaud, Bonnamy, Prunières, Rostan, Delorme, Dève.

Pharmaciens : MM. Manget, Ricard, Pauleau, Jaudos, Evesque, Rougnoo, Adam, Bouvet.

— Par décret du président de la République, en date du 17 novembre 1884, rendu sur le rapport du ministre de la marine et des colonies, a été promu dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal : premier tour (ancienneté), M. Giraud (Marius-Etienne-Antoine), médecin de première classe.

— Par décision ministérielle du 17 novembre 1884, M. Poncet (François), médecin principal de première classe, directeur du service de santé de la division d'occupation de Tunisie, a été nommé à l'emploi de professeur d'anatomie à l'Ecole de médecine et de pharmacie militaire.

***

Assistance a domicile. — Les médecins du IVe arrondissement sont informés que le samedi 6 décembre 1884 il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin, et ceux du XVIIIe arrondissement que le jeudi 4 décembre 1884 il sera procédé, dans leur mairie respective, à une semblable élection.

Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

***

Hospice de la Salpêtrière. — *Cours public sur les maladies mentales*. — M. le docteur Jules Falret, médecin de la Salpêtrière, a commencé ce cours le dimanche 9 novembre à dix heures du matin, et le continuera les dimanches suivants à la même heure. Les jeudis, examen clinique des malades à neuf heures du matin.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

55e année. 7e série. Tome Ier. N° 48 29 NOVEMBRE 1884

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE

DES OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT DANS UN BUT D'ESTHÉTIQUE SUR LES YEUX PERDUS, DIFFORMES ET DOULOUREUX, par le docteur CH. ABADIE. Leçon recueillie par M. TONPET, interne des hôpitaux.

Messieurs,

Vous m'avez vu ces jours derniers pratiquer à la clinique, sur des yeux perdus pour la vision, une série d'opérations depuis l'ablation simple de la cornée jusqu'à l'énucléation complète du globe oculaire. Croyez bien que le hasard ou la fantaisie n'ont pas seuls présidé au choix de l'opération que j'ai faite dans ces différents cas ; aussi ai-je l'intention de profiter de cette occasion pour vous parler des diverses énucléations partielles ou totales du globe oculaire et des indications particulières de chacune d'elles.

L'énucléation se pratique en général, dans un but d'esthétique, pour permettre de remplacer par un œil artificiel un œil devenu difforme et inutile à la suite d'une ophthalmie purulente par exemple ; on la pratique encore sur des yeux qui sont non seulement perdus pour la vision, mais dangereux, soit qu'ils provoquent du côté de l'autre œil des accidents sympathiques, soit que l'on craigne qu'ils deviennent le point de départ d'une généralisation néoplasique, alors qu'ils sont encore seuls atteints. Dans ces derniers cas, disons-le immédiatement, vous n'aurez jamais le choix ; il faudra toujours énucléer complètement le globe oculaire, heureux encore si vous êtes appelés suffisamment tôt avant que la tumeur ait dépassé les limites de la sclérotique, car alors ce ne serait pas l'énucléation totale, mais le curage complet de la cavité orbitaire que vous seriez obligés de faire.

Jusqu'à ces derniers temps, on ne pratiquait guère que deux opérations : l'une dite de Critchett qui consiste à enlever le segment antérieur de l'œil et à rapprocher ensuite par trois ou quatre points de suture la partie supérieure de la sclérotique de la partie inférieure ; la sclérotique, au lieu de présenter une section circulaire, offre ainsi une cicatrice linéaire transversale avec deux extrémités un peu saillantes. Le moignon que l'on obtient de cette façon est certainement très bon pour la prothèse ; tous les muscles sont parfaitement conservés avec leurs insertions à la sclérotique et l'œil artificiel posé dans ces conditions jouit d'une mobilité telle que souvent il peut donner le change et qu'il est très difficile de le distinguer de l'œil sain.

Je vous ai dit que la sclérotique présentait à ses extrémités, quand les bords étaient rapprochés, deux petites saillies qu'il est impossible d'éviter. Chez les jeunes sujets, ces saillies finissent par s'arrondir, s'émousser, et n'apportent aucun obstacle à la pose de la coque d'émail. Mais chez les adultes à partir de vingt-cinq ans, et à plus forte raison chez les personnes plus âgées, ces saillies restent anguleuses, et M. Robillard, dont vous connaissez tous le talent et l'habileté en prothèse oculaire, me disait qu'en pareille occurrence il devenait très difficile de faire des pièces convenables qui fussent bien

FEUILLETON

M. Fauvel

NOTICE NÉCROLOGIQUE, lue à l'Académie de médecine, par M. BERGERON

Messieurs,

Le jour même de la mort de notre regretté vice-président, MM. Roger, Noël Gueneau de Mussy et moi, avons reçu de sa famille communication d'un passage de son testament ainsi conçu : « Je désire qu'aucun discours ne soit prononcé sur ma tombe. Le temps de la justice n'est pas venu pour moi... Je laisse à l'avenir, quand les passions et les intérêts qui sont intervenus dans la question du choléra n'existeront plus, le soin de me rendre justice.

« Cependant, comme il peut être favorable à ma mémoire que mes services soient rappelés publiquement à l'Académie, je prie mes amis Roger, Gueneau de Mussy et Bergeron de s'entendre pour rappeler à quels titres je me recommande au bienveillant souvenir de mes anciens collègues. »

C'est le devoir légué à notre amitié, en des termes qui ne laissent que trop deviner de douloureuses préoccupations, c'est ce devoir, dis-je, que nous venons pieusement remplir aujourd'hui devant l'Académie, très certains qu'elle n'est pas moins bien édifiée que nous sur l'étendue des services rendus à la science et au pays par notre éminent collègue, mais heureux que cette occasion nous soit offerte de rendre à sa mémoire respectée et si digne de l'être un hommage public, dont nous voudrions que le retentissement arrivât plus loin et plus haut que les murs de cette enceinte.

De quelques qualités d'observateur et de clinicien que Fauvel ait fait preuve, comme médecin des hôpitaux et comme professeur de pathologie à l'Ecole de médecine de Constantinople, on peut dire que l'étude des maladies exotiques pestilentielles et, en particulier, celle du choléra, ont été la grande œuvre de sa vie scientifique ; il s'y est voué avec une énergie et un dévouement

supportée. Pour éviter ces inconvénients, vous m'avez vu apporter an procédé de Critchett une modification dont je ne revendique nullement d'ailleurs la priorité, car elle a déjà depuis longtemps été mise en pratique par Knapp et de Wecker. La conjonctive est largement disséquée tout autour de la cornée, puis, en la faisant glisser en avant de l'onverture laissée béante par l'ablation de la cornée, le lambeau conjonctival supérieur et l'inférieur sont réunis par des points de suture très rapprochés sane que toucher à la eclérotique et sans que l'on ait à s'inquiéter des parties qui peuvent rester dans le segment postérieur de l'œil.

Multipliez les points de snture, sinon la conjonctive peut ee rompre en un point, et le corps vitré faire saillie entre les lèvres de la plaie; c'est un accident pen sérieux il est vrai, mais contre lequel je tiens à vous mettre en garde. De cette façon, j'obtiens un moignon plus arrondi, plus régulier, sur lequel l'œil artificiel s'adapte mieux.

Le procédé de Critchett pourtant ne doit pas être complètement abandonné. Vous rencontrerez chez des enfants des yeux hydrophthalmiques sur lesquels la conjonctive est mince, peu résistante; il vous serait impossible dans ce cas d'employer le procédé par glissement; d'ailleurs chez eux la sclérotique est elle-même beaucoup plus souple, les saillies que je vous signalais tout à l'heure sont moins gênantes et finissent par disparaître.

En ayant recours à ces deux procédés dont je viens de vous parler, l'opérateur a surtout en vue la beauté du moignon et sa mobilité; l'esthétique est le seul but recherché; mais il n'est en droit de les appliquer que chez les jeunes sujets lorqu'une ophthalmie sympathique n'est pae à redouter et dans les cas où il n'y a pas d'altérations trop profondes du segment postérieur de l'œil.

J'arrive maintenant à l'énucléation totale du globe. Vous savez combien nous sommee appelée fréqnemment à pratiqner cette opération; à part de très rares exceptions, elle a l'immense avantage de prévenir presque sûrement les accidents sympathiques; mais elle entraîne après elle une mutilation assez grave, et de plus, comme Græfe, de Halle, le faisait remarquer dernièrement au congrès des médecine et des naturalistes allemands, elle n'est pas toujours exempte de dangers. On a signalé à sa suite plusieurs cas de mort par méningite; aussi me suis-je empressé d'essayer une opération nonvelle, préconisée an congrès de Magdebourg par Græfe et qui me paraît dans beaucoup de cas appelée à remplacer avantageusement l'énncléation: je veux parler de *l'exentération* du globe oculaire. Voici dans quelles circonstances j'ai eu recours à ce nonveau procédé opératoire:

Mme M... âgée de 56 ans, concierge, s'est présentée à ma clinique avec un œil droit perdu depuis de longues années par suite d'irido-choroïdite à forme glaucomateuse. La cornée était trouble, le cristallin calcifié et la tension oculaire très surélevée. Pendant longtemps les souffrances ont été supportables, mais depuis deux ou trois mois elle a eu des poussées glaucomateuses accompagnées de douleurs tellement vives, qu'elle s'est décidée à venir réclamer mes soins et à subir n'importe quelle opération pour mettre un terme à une situation aussi pénible. Au lieu de faire l'énucléation, j'ai pratiqué l'exentération. Voici en quoi consiste cette opération: l'œil étant fixé, je dissèque largement la conjonctive tout autour de la cornée, je ponctionne avec le couteau de Richter la sclérotique, à deux millimètres du limbe scléro-cornéen, puis, avec des ciseaux courbes, je sectionne la sclérotique circulairement en me maintenant à la même distance de la coruée. Le segment antérieur étant enlevé, je vide au moyen d'une grosse curette de Volkmann tout le contenu du globe oculaire, enlevant avec soin tout le corps ciliaire, toute la choroïde, et conservant uniquement la coque scléroticale. Je termine l'opération en réunissant au-devant du moignon, par cinq ou six points de suture, le lambeau conjonctival supérieur et le lambeau inférieur. L'opération a été faite le 28 octobre; le 4 novembre j'enlevais les fils; il n'y avait pas trace de suppuration ni d'accidents inflammatoires. Ceux d'entre vous, d'ailleurs, qui suivent la clinique depuis longtemps savent qu'ici nous nous entourons des précautions antiseptiques les plus minutieuses et que la suppuration est à peu près inconnue. La cicatrisation n'était pourtant pas tout à fait complète; le 5 novembre, il restait un petit pertuis qui n'a d'ailleurs pas tardé à se fermer; le 7 novembre, la malade pouvait rester sans son bandeau. Vous voyez qu'aujourd'hui elle a un très beau moignon: vous y remarquerez une dépression centrale entourée d'un bourrelet conjonctival bien étoffé, sur lequel on a appliqué un œil artificiel qui se meut avec la plus grande facilité.

Comme vous pouvez en juger *de visu*, l'exentération au point de vue de la prothèse a un grand avantage sur l'énucléation complète; le moignon est plus gros, plus mobile; aucune attache n'ayant été sectionnée, on a presque la même mobilité qu'après l'opération de Critchett. Mais ce qui doit surtout la faire préférer, c'est qu'on peut *à priori* pressentir qu'elle exposera moins aux accidents méningi-

---

que ni l'âge ni la maladie n'avaient pu ralentir et que la mort seule a pu arrêter.

En 1847, l'année même où il venait de publier un remarquable mémoire sur l'épidémie de scorbut qui avait régné à la Salpêtrière, l'institution des médecins sanitaires était définitivement organisée, et Fauvel, désigné pour le poste de Constantinople, allait porter sur ce nouveau théâtre les habitudes d'observation précise et la netteté d'esprit qui s'étaient si clairement montrées dans ses premiers travaux. Mais là, il ne s'agira plus seulement de questions plus ou moins ardues de séméiotique, c'est avec les plus redoutables problèmes de pathogénie et d'hygiène que le nouveau médecin sanitaire va désormais se trouver aux prises.

Arrivé à Constantinople au mois de décembre 1847, Fauvel trouva la ville en proie à une épidémie de choléra. La maladie, après avoir sévi à Trébizonde, avait éclaté à Constantinople à la fin d'octobre et s'y maiutint avec des alternatives de rémission et de recrudescence pendant onze mois. Elle fut, de la part de notre collègue, l'objet d'une étude attentive, patiente, dont il prit soin de consigner les résultats dans une suite de rapports officiels, ayant pour double but de tracer l'histoire scientifique de l'épidémie et d'avertir le gouvernement du danger qui menaçait la France.

Déjà, dans ces rapports on voit se produire les idées doctrinales qui devront plus tard servir de base à tous ses travaux et inspirer les décisions, et qui resteront certainement la meilleure part de son œuvre.

Or, pour que ces idées aient aussi promptement dominé l'esprit de notre collègue, il a fallu que les faits fussent d'une évidence palpable. Fauvel, en effet, appartenait, comme les plus anciens d'entre nous, à une génération dont l'éducation médicale s'était faite à une époque où l'idée de contagion était encore peu en faveur; une discussion récente avait clairement fait voir qu'au sein de l'Académie les contagionnistes n'étaient pas en majorité, et le temps n'était pas bien éloigné où Chervin avait failli entraîner notre Compagnie à demander la suppression absolue des quarantaines; enfin l'épidémie cholérique de 1832 avait traversé la France en frappant des coups si rapides et de tous côtés à la fois, que, la contagion ne paraissant pas suffisante pour expliquer une propagation, en quelque sorte instantanée, sur plusieurs points du territoire, plus ou moins distants les uns des autres, on s'en était tenu

tiques, car on respecte les voies lymphatiques de l'espace de Tenon qui font communiquer l'orbite et la cavité cranienne. Il faut avouer pourtant que la cicatrisation est un peu moins rapide qu'après l'énucléation totale du globe oculaire. Mais, entre deux opérations dont l'une peut exposer à des accidents mortels, dont l'autre exige seulement quelques jours de soins en plus, vous n'aurez pas à hésiter. L'exentération me paraît donc appelée à remplacer dans la majorité des cas l'énucléation totale. Mais devez-vous complètement abandonner celle-ci? Je n'oserais encore vous le conseiller d'une façon tout à fait catégorique. L'énucléation a fait depuis longtemps ses preuves comme moyen souverain d'enrayer l'ophthalmie sympathique déjà déclarée ; et jusqu'à plus ample informé, en présence d'une ophthalmie sympathique en pleine évolution, je pense qu'il serait préférable encore d'y avoir recours et de sacrifier toute considération d'esthétique à la sécurité de l'autre œil. Je crois que l'exentération pourra prévenir et même faire cesser les accidents sympathiques, j'en suis même persuadé, mais j'attends qu'elle ait complètement fait ses preuves à cet égard.

En résumé, vous réserverez l'opération de Critchett aux cas d'hydrophthalmie chez les enfants ; chez les jeunes sujets et les adolescents, vous emploierez le procédé de Critchett modifié, en faisant glisser et en suturant la conjonctive comme je l'ai dit plus haut. Enfin, chez les personnes plus âgées, vous aurez recours à l'exentération, et vous ne pratiquerez l'énucléation totale que dans les cas d'ophthalmie sympathique vraie en voie d'évolution, ou lorsqu'il s'agira d'une tumeur maligne du globe oculaire.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Recherches sur le bacille-virgule du choléra asiatique. Conclusions du rapport présenté à M. le ministre de l'intérieur de Belgique par M. le docteur E. van Ermengem (de Bruxelles).

1. Il existe dans les liquides intestinaux des malades atteints de choléra (8 autopsies et 34 cas d'examen des selles) un organisme identique avec le bacille-virgule découvert par Koch.

2. Sa forme incurvée, ses groupements en S et en chaînes, produits par la juxtaposition de ses articles, et parfois sa configuration en filaments faiblement ondulés, fournissent un ensemble de caractères microscopiques qui le font reconnaître facilement des micro-organismes connus jusqu'ici.

3. Il est plus ou moins abondant dans les produits cholériques d'après la période de la maladie et l'époque où on les examine. Dans deux cas foudroyants, il existait dans le contenu intestinal à l'état de culture presque pure. Dans un cas de courte durée, où la malade avait succombé avec des phénomènes d'algidité très prononcés, les virgules ont été trouvées très rares dans le liquide intestinal. — Elles disparaissent dans les selles colorées de la période de réaction.

4. Il aurait été très important de les rechercher dans les déjections des malades atteints de diarrhée dite « prémonitoire » ; mais nos investigations n'ont pas pu porter sur ce point.

5. Dans le seul cas de choléra algide, où l'examen microscopique n'avait pas permis de retrouver de nombreuses virgules, la mise en culture sur du linge mouillé, placé dans une chambre humide, d'une petite quantité du contenu intestinal, a donné après vingt-quatre heures un nombre incalculable de virgules caractéristiques.

6. L'examen microscopique des déjections peut suffire pour établir le diagnostic du choléra asiatique, lorsqu'on obtient des préparations où les diverses formes de virgules prédominent.

7. La recherche bactérioscopique supplée à l'insuffisance de l'examen microscopique, dans les cas où les virgules sont rares et même ne se retrouvent pas avec certitude dans les préparations. L'aspect caractéristique de leurs colonies, étudiées sous un faible grossissement (150 diamètres) les fait reconnaître sûrement.

La valeur pratique de ces procédés de culture sur le porte-objet et dans la gélatine nutritive à 10 p. 100 est bien démontrée par nos expériences. Des mélanges d'une très petite quantité d'un produit de culture à des masses assez considérables de sang putréfié, d'urine croupie à l'air, de matières fécales, d'infusions de foin, etc., fournissent des préparations, où les colonies typiques de virgules ont pu être retrouvées avec facilité au milieu des végétations les plus variées.

8. L'étude des caractères morphologiques des virgules à leurs diverses périodes de développement, cultivées dans des milieux variés, et principalement dans le bouillon de poule et

---

à l'hypothèse, aussi décevante que stérile, d'une constitution épidémique. Il est donc permis de croire que, si Fauvel était arrivé en Orient sans parti pris contre la transmissibilité du choléra, il avait probablement moins de tendance à l'admettre qu'à la repousser.

Mais l'épidémie de 1848 suffit pour l'éclairer sur le mode de transmission du choléra et le convaincre que l'homme atteint de la maladie en est le principal agent d'importation et de propagation, parce qu'il en reproduit lui-même le germe.

Aussi, lorsqu'en 1854 avis fut donné à Constantinople que des navires, chargés de troupes embarquées à Marseille, avaient des cholériques à bord, Fauvel fit connaître, sans retard, ses appréhensions, ainsi que les conséquences qui pouvaient en résulter pour les troupes dont on avait ordonné la concentration à Varna.

Dès l'apparition du fléau dans cette ville, Fauvel avait reçu la mission de s'y rendre en compagnie de Michel Lévy, pour y organiser les secours nécessaires. C'est alors qu'allant trouver le commandant en chef du corps expéditionnaire, il protesta avec une énergie qui déplut et faillit briser sa carrière, contre l'ordre de faire passer par Varna, devenu un foyer épidémique, les troupes dirigées sur la Dobrudja, rendant le maréchal et l'état-major de l'intendance responsables des malheurs que devait fatalement amener une pareille imprudence. On sait, et nous ne pouvons rappeler sans une poignante émotion, les terribles ravages que fit le choléra, pendant cette marche, parmi nos soldats, ravages qui eussent été moins terribles et qu'on eût évités peut-être, si on avait tenu plus de compte des avertissements sévères et des conseils de Fauvel.

Quoi qu'il en soit, il ne faut pas laisser tomber dans l'oubli l'acte de courage civil qu'il accomplit dans cette circonstance et qui reste, à coup sûr, pour lui un titre d'honneur.

Sa mission terminée, Fauvel revint à Constantinople, et non content d'y organiser, avec une infatigable activité, un vaste service hospitalier pour les malades, les blessés et les cholériques arrivant sans cesse de Crimée, il se fit un devoir de tracer jour par jour, pour ainsi dire, du mois de juillet 1854 à la fin du mois d'août 1856, l'historique des maladies qui, en même temps que le choléra, frappèrent l'armée pendant toute la durée de la campagne, et de consigner ses observations dans une série de rapports dont la réunion constitue véritablement une histoire médicale de la guerre d'Orient.

le sérum fluide, montre qu'on doit les rapprocher des spirilles vrais.

9. Les circonstances de température et de milieu les plus diverses n'ont pas permis de découvrir chez elles l'existence d'une période de *sporulation*. Leur défaut de résistance à la dessiccation prouve bien qu'elles ne produisent pas des germes résistants.

10. Les cultures dans la gélatine cessent d'être inoculables six à sept semaines après avoir été ensemencées. Les cultures sur Agar-Agar contiennent encore des organismes vivants après huit à neuf semaines.

11. La température la plus favorable à leur développement paraît être celle de 25 à 37°. Sous 16° (entre 8 et 15°), elles se développent encore, mais péniblement.

12. Leurs phénomènes de croissance et de multiplication sont extrêmement actifs. En deux à trois jours, elles liquéfient complétement plusieurs centimètres cubes de sérum coagulé.

13. Les bacilles incurvés de la salive, signalés déjà par Miller (mars 1884) et que le docteur Lewis croit identiques aux virgules cholériques, ne se développent pas dans la gélatine à 10 %.

14. Les cultures des organismes, auxquels MM. Finckler et Prior attribuent la production du choléra nostras, sont impures. Celle que j'ai examinée contient deux espèces de bacilles. Leur mode de végétation et l'aspect de leurs colonies dans la gélatine diffèrent de ceux des virgules du choléra asiatique. L'un d'eux communique aux milieux de culture une fluorescence vert bleu très caractéristique, qui fait défaut dans les cultures pures des virgules.

15. Les essais d'inoculation des produits de culture ont donné jusqu'ici des résultats très encourageants chez quelques espèces animales, telles que les chiens, les lapins et les cobayes. Trois cobayes sur quatre ont succombé en deux à trois jours à l'injection dans le duodénum d'une goutte d'une culture (4e jour) des virgules dans du sérum liquide, d'après la méthode de MM. Nicati et Rietsch, de Marseille.. Les phénomènes cadavériques ont été ceux du choléra, et les liquides intestinaux renfermaient de grandes quantités de virgules.

16. L'action pathogène de ces produits de culture est due vraisemblablement à une zymase, à un composé albuminoïde facilement destructible. Des globules de sang humain frais, placés en préparation sur la platine chauffante de Ranvier, et mis en contact avec une goutte d'une culture au sérum, présentent des altérations caractéristiques et comparables en tout avec celles décrites par MM. Nicati et Rietsch d'après leurs observations du sang des cholériques.

17. La découverte du bacille-virgule a la plus grande importance pour le diagnostic des accidents cholériformes de nature douteuse qui se produisent au début des épidémies, et pour l'application de mesures prophylactiques d'antant plus efficaces que ce diagnostic précoce permet de les instituer en temps opportun.

18. L'application au diagnostic du choléra vrai des procédés bactérioscopiques n'offre pas de grandes difficultés d'exécution au point de vue pratique, et il serait extrêmement désirable, en présence des menaces sérieuses d'invasion du choléra en Belgique, qu'un nombre suffisant de médecins, préposés au service sanitaire, y soient initiés dans le plus bref délai.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

SUR LE TRAITEMENT DU CHOLÉRA.

(Suite. — Voir le numéro 47.)

On peut associer l'opium à d'autres antidiarrhéiques, au bismuth, à l'éther, aux tanniques tels que le cachou et la ratanhia. M. Rabuteau (*Société de biologie*, 19 juillet 1884) a préconisé l'emploi des tanniques dans le traitement du choléra, non pas seulement en leur qualité d'astringents, mais en vertu de leur action antiseptique dont il voit la preuve dans l'immunité des ouvriers tanneurs pour le choléra.

M. Hayem (*loc. cit.*), lors de l'épidémie cholérique de 1873, a réussi facilement à enrayer la diarrhée prémonitoire à l'aide du sulfure noir de mercure, administré par paquets d'un gramme, d'heure en heure, jusqu'à la dose quotidienne de douze grammes. M. Hayem s'est demandé si ce composé mercuriel, malgré son insolubilité, n'exerce pas une action délétère sur les parasites qui déjà pullulent dans l'intestin, à l'époque de la diarrhée prémonitoire?

Cependant, les différentes épidémies que l'expédition avait semées sur sa route avaient fini par s'éteindre, mais le zèle de Fauvel ne devait pas rester longtemps inactif, et sa vigilance, toujours en éveil, ne fut pas surprise lorsqu'en 1859 des Tartares Nogaïs et d'autres tribus musulmanes, fuyant le territoire russe, se dirigèrent, au nombre de vingt-cinq mille, sur Constantinople, dont ils encombrèrent bientôt les places, les bazars et les khans; le typhus sévissait parmi eux et ne tarda pas à se manifester dans les quartiers où ils étaient accumulés. Fauvel, en sa qualité de membre du Conseil de santé, exigea que les émigrants fussent campés hors de la ville, et cette mesure, mise de suite à exécution, eut des résultats aussi favorables pour la population turque que pour les émigrants eux-mêmes.

Quelques années plus tard, en 1863 et 1864, plus de trois cent mille Circassiens, hommes, femmes et enfants, fuyant le sol natal sous la pression de l'ennemi, vinrent, entassés sur de mauvaises barques et dénués de tout, chercher un refuge sur le territoire ottoman; la plupart périrent de misère et de maladie, semant partout sur leur passage la contagion et la mort. Constantinople ne put échapper complétement au danger, mais cette fois encore le mal n'y fit que quelques rares victimes, grâce à la sagesse des mesures prescrites par Fauvel et à l'énergie qu'il déploya dans leur exécution.

En rappelant ces faits, Messieurs, nous avons voulu montrer comment Fauvel avait compris ses fonctions de médecin sanitaire et à quelle hauteur il les avait élevées. A l'origine, et d'après le principe même de l'institution, il semblait que notre collègue dût se borner à viser les patentes des navires à destination de France. Mais l'expérience et l'ardeur de Fauvel demandaient de bien autres devoirs : ce n'était pas assez pour lui de veiller à ce que les typhus exotiques n'atteignissent ni la mère patrie, ni les armées qui l'avaient représentée sur le sol étranger; il voulut être le gardien vigilant des intérêts sanitaires de l'empire près duquel il était accrédité, et il acquit bientôt une autorité telle, qu'il fit adopter par la Turquie des principes de police sanitaire dont il semblait que le fanatisme musulman dût accepter difficilement les conséquences pratiques et auxquels cependant la Porte est restée, depuis lors, constamment fidèle.

Mais une circonstance mémorable devait bientôt fournir à Fauvel l'occasion de montrer dans tout leur jour les qualités qui ont

M. Vulpian, cité par M. Hayem, s'est posé la même question au sujet du salicylate de bismuth. Ce médicament est doué d'une puissante action antidiarrhéique. M. Vulpian incline à croire, qu'à l'occasion il agit comme antizymotique, parce que, introduit dans l'intestin, il se décompose et met en liberté de l'acide salicylique en même temps que de l'oxyde de bismuth.

On pourrait interpréter de la même façon l'action salutaire que l'administration de certains acides exerce sur la diarrhée initiale du choléra. Les recherches de Koch ont démontré que les bacilles en forme de virgule contenus dans les déjections et dans l'intestin des cholériques ne peuvent vivre et pulluler au contact de certains acides (acides minéraux en particulier), et c'est sans doute à son acidité que le suc gastrique est redevable de la propriété d'anéantir le germe cholérique dans l'estomac. Or, dans une lettre qu'il adressait à la GAZETTE MÉDICALE il y a près de quarante ans, M. Worms, signalait les premiers succès qu'il avait obtenus dans le traitement de la diarrhée prémonitoire et des formes ébauchées du choléra (cholérine) en faisant boire aux malades de la limonade sulfurique. En 1865, M. Worms alors médecin en chef de l'hôpital du Gros-Caillou, communiquait à l'Académie de médecine (séance du 3 octobre 1865) une note détaillée sur cette question. Les faits sur lesquels s'appuyait l'auteur de cette note sont de nature à appeler l'attention sur le traitement qu'il préconise. Ce traitement, très simple, consiste à faire boire aux malades, toutes les heures, un verre plein d'une limonade contenant 2, 3, au plus 4 grammes d'acide sulfurique concentré pour 1,000 grammes d'eau commune ou d'un véhicule mucilagineux, édulcoré avec 150 grammes d'un sirop simple ou framboisé. Le médicament est, comme on le voit, peu dispendieux et sa préparation à la portée du premier venu. M. Worms avait eu soin de prévenir que si l'usage de la limonade sulfurique manifeste contre la diarrhée prémonitoire du choléra une efficacité remarquable, les vomissements sont au contraire exaspérés, ce qui, au dire de l'auteur que nous citons, serait l'indice d'une terminaison heureuse. Le malade, bien entendu, devra se rincer la bouche chaque fois qu'il aura bu de la limonade sulfurique; on évitera en outre de lui faire prendre des préparations alcalines.

Quand les cholériques vomissent les médicaments qui leur sont administrés *per os*, il va de soi qu'on aura recours à la voie rectale (lavements au laudanum et à l'amidon, à la ratanhia, etc.).

Arrive le moment où les vomissements et la diarrhée ne laissent plus de trêve au malade. La nécessité d'intervenir augmente et avec elle la difficulté de faire absorber les médicaments par les voies ordinaires. Pour calmer les vomissements, on a coutume de prescrire les boissons gazeuses et glacées : champagne frappé, hière frappée, mélange glacé d'eau de Seltz et de vin, chartreuse jaune administrée par cuillerées à café (tous les quarts d'heures), suivies chacune de l'injection d'un petit fragment de glace (Cunéo). Il ne faut pas oublier d'ailleurs que certains cholériques tolèrent mal les liquides glacés, tandis que leur estomac supporte très bien les boissons chaudes; à ceux-là il faut, suivant la recommandation de M. Lereboullet (GAZETTE HEBDOMADAIRE, 1884, no 28), prescrire des infusions chaudes aromatiques (thé, mélisse, menthe), du punch très chaud, etc. Pour arrêter les vomissements des cholériques, on a employé encore, et quelquefois avec succès, les agents de la médication révulsive : sinapismes appliqués au creux épigastrique, vésicatoires à l'ammoniaque, avec application consécutive de chlorhydrate de morphine.

Contre le flux diarrhéique, on a recommandé l'emploi des mêmes remèdes qui réussissent habituellement contre la diarrhée prémonitoire. Nous venons de dire qu'à la période d'état, et plus encore à la période algide, l'administration des médicaments par les voies ordinaires, se heurte à des difficultés dont il importe de se rendre un compte exact. A la période d'état, par le fait de l'intensité des vomissements et de la diarrhée, les médicaments, introduits dans les voies digestives seront difficilement gardés par le malade, on seront dilués dans la sérosité qui inonde l'intestin. A mesure que le sang se déshydrate, la circulation devient de plus en plus languissante, les médicaments introduits dans les voies digestives ne sont plus absorbés. C'est pourquoi on a pensé à recourir à la voie hypodermique. C'est mal tourner la difficulté, car à la période où le sang ne circule presque plus dans les réseaux périphériques, l'absorption par les lymphatiques sous-cutanés se fait également très mal. Cet arrêt de l'absorption peut avoir un contre-coup fâcheux à la période de réaction. Les médicaments qui s'accumulent dans le tube digestif pourront être résorbés en masse quand la circulation se ranime et produire des effets cumulatifs équivalant à une intoxication. Il y a

---

fait sa force et son succès : la netteté des vues, la sûreté du jugement et la plus inflexible logique dans les déductions.

L'invasion du choléra en 1865 avait surpris l'Europe, alors dans une profonde quiétude à l'égard de cette maladie. Dans les épidémies précédentes, le fléau indien nous avait en quelque sorte préparés à le recevoir; on l'avait vu s'avancer à travers l'Asie, envahir la Russie, puis, précipitant sa marche, s'étendre progressivement au reste de l'Europe. Cette fois, il arrivait à l'improviste; à peine avait-on reçu la nouvelle de son apparition en Égypte, à la suite des pèlerins revenus de la Mecque, que déjà il avait envahi plusieurs points du littoral méditerranéen, apprenant ainsi à l'Europe que, grâce à la rapidité des communications, une route nouvelle lui était ouverte à travers la mer Rouge et l'Egypte.

Il y avait là un fait nouveau qui portait avec lui son enseignement; cet enseignement ne pouvait échapper à la vigilante sagacité de Fauvel, qui sut le mettre à profit, non pour s'opposer à l'épidémie dont les ravages se faisaient déjà sentir, mais pour rechercher, en vue d'un avenir plus ou moins éloigné et dans un intérêt européen, le moyen de prévenir le retour de semblables calamités; de là l'idée inspirée par une généreuse préoccupation de faire concourir à cette œuvre de salut public toutes les puissances intéressées.

Tous les gouvernements européens s'empressèrent d'adhérer à la proposition de la France, et le 13 février 1866 la conférence sanitaire internationale, réunie à Constantinople, commença ses travaux.

Pour comprendre ce qu'a été l'œuvre de cette conférence, il faut lire l'ouvrage considérable dans lequel Fauvel a réuni, comme en un dossier, toutes les pièces du grand procès instruit par la civilisation contre le typhus indien ; instructions pour la direction des enquêtes, résultats de ces enquêtes, discussions et rapports; tout est là, et lorsqu'on cherche à se rendre compte de ce qu'a été, dans cet immense travail, la part de notre collègue, on reconnaît sans peine qu'elle a été de beaucoup la plus considérable. Non seulement les rapports les plus importants sont de lui, mais partout, dans les enquêtes, dans les discussions, dans les conclusions qui les terminent, on trouve la marque de son savoir, de son ardeur, de sa prévoyance et de sa fermeté; en un mot, la preuve irrécu-

quelques semaines (*Société de thérapeutique,* séance du 9 juillet 1884), M. C. Paul rappelait l'opinion de M. J. Bouley à cet égard. En donnant trop de médicaments toxiques à la phase où l'absorption est en souffrance, le malade peut mourir empoisonné, lorsque plus tard le médicament, accumulé dans les voies digestives, est entraîné en masse dans la circulation. Telle est l'opinion exprimée par M. Paul, et elle justifie la conduite de la plupart des thérapeutistes, qui proscrivent l'opium dans les formes graves du choléra, c'est-à-dire lorsque la maladie affecte un caractère algide bien prononcé. Le danger que nous signalons ne sera pas moindre quand l'opium ou son alcaloïde la morphine seront administrés par la voie hypodermique. Car à la période algide, et même avant, sitôt que l'intestin livre passage à de grandes quantités de sérosité, la principale voie d'élimination, la voie rénale, est supprimée; les urines deviennent rares, puis cessent de couler pendant quelque temps. L'accumulation du médicament dans l'organisme du malade est certaine. Y a-t-il lieu de s'étonner, dans ces conditions, que l'emploi des injections de morphine, expérimenté sur une vaste échelle à l'hôpital maritime de Toulon et ailleurs, dans le cours de la dernière épidémie, ait donné des résultats déplorables? L'opium n'est pas seulement un anti diarrhéique, c'est surtout un stimulant des fonctions circulatoires, qui, dans les circonstances favorables, ranime l'action défaillante du cœur, accélère le pouls et lui donne plus d'ampleur, produit, en un mot, un état d'éréthisme circulatoire. Les recherches de ces dernières années ont fourni la preuve que la morphine participe au plus haut degré de ces propriétés stimulantes. A ce titre, l'emploi des injections de morphine, comme le fait remarquer M. Cuneo (1), médecin en chef de la marine, paraissait être tout particulièrement indiqué dans le traitement du choléra, principalement à la période algide ou asphyxique. L'expérience a été faite, dans l'espoir qu'avec les préparations opiacées, injectées sous la peau pour en rendre l'absorption plus certaine, on ranimerait les mouvements du cœur, on provoquerait ce mouvement d'expansion périphérique, qui doit être l'objectif du thérapeutiste à cette période redoutable du choléra. Les lignes suivantes, empruntées au travail de M. Cuneo, nous renseignent sur les résultats que l'expérience a produits : « Malheureusement, écrivait M. Cuneo, nous avons pu constater non seulement l'inanité, mais encore l'action nuisible de ces préparations (opiacées) employées en injections hypodermiques sous forme de chlorhydrate de morphine. L'état asphyxique m'a toujours paru s'accentuer, le pouls faiblir lorsqu'il était sensible, la température s'abaisser, l'état comateux s'aggraver; lorsque la réaction commençait, elle a été retardée ou empêchée. » (*Loc. cit.*, p. 59.)

M. Netter (1), de Nancy, n'a pas hésité à incriminer l'opium « dans la terminaison fatale par somnolence, stupeur et coma » qui a été le dénouement d'un certain nombre de cas de choléra traités à l'hôpital maritime de Toulon. M. Cunéo avait vu dans ces cas l'expression d'une forme *insidieuse*, caractérisée par « des selles et des vomissements peu abondants, peu de crampes, une peau relativement chaude, le pouls sensible presque jusqu'au dernier moment; le malade mourait ayant à peine un peu de cyanose aux extrémités. Sauf l'anxiété épigastrique qui le tirait de temps en temps de sa stupeur et que l'on faisait disparaître avec les injections d'atropine, il restait dans un état de somnolence qui, à la fin, s'accompagnait de subdélirium et qui se transformait petit à petit en état comateux, avec respiration suspirieuse et souvent léger râle trachéal, au milieu duquel la mort arrivait ». Pour M. Netter, ce tableau, si bien tracé, n'est autre que celui du *narcotisme* « déterminé, ajoute-t-il, non par une dose d'opium trop forte, mais provoqué par l'enraiement, à un moment donné, de l'élimination de l'agent ». C'est aller vite en besogne, et la validité d'un jugement de cette nature est encore à établir. Il ne saurait d'ailleurs faire tort — M. Netter se plaît à le reconnaître — à l'intelligence et au dévouement admirable avec lesquels nos médecins de marine, et M. Cunéo le premier, ont soigné les cholériques de Toulon. De cela la preuve est faite. Nous la trouvons dans les nombreux cas de guérison relevés à l'hôpital maritime de Toulon pendant la récente épidémie, car avant la série malheureuse il y a eu les séries heureuses, et les fluctuations de ce genre n'ont rien qui doive étonner.

Quoi qu'il en soit, l'expérience faite à l'hôpital maritime de

(1) Cuneo. *Sur le traitement du choléra dans les hôpitaux de la marine de Toulon*, BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE, 30 juillet 1884, p. 56.

(1) A. NETTER. *Effet pernicieux de l'opium administré dans le choléra contre la diarrhée initiale.* REVUE MÉDICALE DE L'EST, 1884.

sable qu'il a été véritablement l'âme de ce congrès dans lequel se débattaient de si graves intérêts.

Ce n'est pas le lieu ici d'analyser les travaux de la conférence; l'Académie, d'ailleurs, connaît de longue date les données scientifiques sorties de ses délibérations, données capitales et fécondes, dont le premier effet devait être de substituer à une funeste inertie l'action tutélaire d'une prophylaxie sérieuse, constituant tout un système de défense pour préserver l'Europe de toute nouvelle invasion du choléra.

Les doctrines de la conférence étaient parfaitement rationnelles, et les mesures dont elle proposait de confier l'exécution à la vigilance des gouvernements intéressés étaient aussi bien conçues dans leurs détails que dans leur ensemble; il s'agissait maintenant de procéder à leur organisation, et c'est à cette tâche que Fauvel, prenant l'initiative au nom de la France, avec la décision qui lui était habituelle, allait désormais se consacrer.

(A suivre.)

CONCOURS. — Le concours pour la nomination à une place de médecin-adjoint du service des aliénés dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière s'est terminé par la nomination de M. le docteur Féré.

— Les questions tirées (épreuve écrite) pour les prix de l'internat sont :

1° Pour la médaille d'or : *Cellule hépatique; accidents nerveux du diabète.* Les questions restées dans l'urne étaient : *Cartilage de conjugaison et ses lésions dans les maladies du système osseux; muqueuse linguale, ulcération de la langue;*

2° Pour la médaille d'argent : *Valvule iléo-cæcale : symptômes, diagnostic et traitement de l'étranglement interne.* Les questions restées dans l'urne étaient : *Plèvre, empyème; scissure de Rolando, abcès du cerveau.*

— Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, en date du 24 novembre 1884, un concours pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique externes, à l'Ecole de médecine et pharmacie d'Alger, s'ouvrira le 1er juin 1885 devant la Faculté de médecine de Montpellier.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Toulon porte son enseignement. La clinique a parlé. Elle a légitimé les présomptions fondées sur le raisonnement. Il est avéré que l'opium et la morphine, utiles à la première période du choléra, lorsque les symptômes de la maladie se réduisent à ceux d'un simple dérangement gastro-intestinal, sont nuisibles à la période d'état, surtout quand on les administre par la voie sous-cutanée. Il est vraisemblable de supposer qu'il en est ainsi, parce que le médicament s'accumule dans l'organisme faute d'être éliminé par les reins. La maladie a créé des conditions nouvelles dont le thérapeutiste doit tenir compte, en première ligne l'insuffisance de l'excrétion rénale. Il est possible que les dangers imputés à l'opium et à la morphine sont imputables à tous les médicaments toxiques qui ont pour principale voie d'élimination le filtre rénal. Il semble, pour les même raisons, qu'à l'époque où, selon toute apparence, le poison cholérique a pénétré de l'intestin dans les vaisseaux, il soit dangereux d'arrêter brusquement la diarrhée. Le médecin devra donc tourner ses moyens vers un autre but, qui est à la fois de soulager le malade en atténuant les conséquences immédiates de la deshydratation du sang, de prévenir l'algidité quand il en est temps, d'arrêter ses progrès quand elle existe.

E. RICKLIN.

(A suivre.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE

Monsieur le rédacteur en chef,

Permettez-moi d'appeler l'attention des honorables confrères qui lisent votre journal sur une étoffe en plume.

Cette étoffe, qui se fabrique à Donchery, dans les Ardennes, est très légère et mauvaise conductrice de la chaleur, ce qui la rend très propre à conserver le calorique des personnes qui en sont revêtues, et ce qu'il était facile de prévoir. Pourquoi, en effet, la température des oiseaux est-elle supérieure à celle des mammifères? Parce que chez eux la combustion intérieure est plus énergique, mais aussi parce que leur enveloppe extérieure s'oppose davantage à la déperdition du calorique.

Cette étoffe est également mauvaise conductrice de l'électricité et j'ajouterai qu'elle est idio-électrique plus peut-être que la laine et la soie. Il suffit d'en frotter ensemble deux morceaux pour voir les plumes se hérisser, parce qu'elles se trouvent chargées d'électricité de même nom, et si le frottement est exécuté dans l'obscurité on voit se dégager des étincelles.

Un tel produit devait nécessairement avoir des propriétés thérapeutiques ; je l'ai employé dans trois cas, et voici le résultat de mes observations :

Première observation. — S..., âgé de 25 ans, demeurant rue de Phalsbourg, fut pris, un matin humide et froid, d'un brusque frisson suivi d'un mouvement fébrile très accentué ; bientôt une douleur intense avait envahi le genou droit. Quand je fus appelé, je trouvai l'articulation tuméfiée ; la peau qui la recouvre est d'une couleur rose pâle. La jambe est immobile, le moindre mouvement exaspère la douleur, le moindre contact est intolérable. Immédiatement je fais entourer l'articulation malade d'un morceau d'étoffe de plume ; en même temps, je fais administrer quelques gouttes de teinture d'aconit dans une potion pour combattre la fièvre qui est intense. Je prescris une diète absolue et les plus grandes précautions pour garantir le malade de toutes les causes de refroidissement, et le quatrième jour il est guéri sans qu'il se soit produit aucune des métastases si graves qui marquent quelquefois la fin de cette maladie.

Deuxième observation. — A la même époque, je fus appelé, pour un cas identique, près de Mme M..., rue Pierre-Charron, avec cette différence que le rhumatisme mono-articulaire affectait le coude. Même traitement et même guérison le troisième jour, guérison obtenue également sans qu'il y ait eu aucune métastase.

Troisième observation. — Mme C... est âgée de 30 ans, elle est multipare. Son dernier accouchement remonte à quatre ans. A cette époque, elle eut une perte excessivement abondante, et, depuis, elle est toujours maladive.

Les conjonctives sont pâles, le pouls est petit, le bruit de diable des carotides est parfaitement perçu. Tous les quatre jours elle a la migraine ; ce jour-là elle ne mange pas, et la veille elle n'a pas d'appétit ; son humeur est fantasque, elle pleure et elle rit sans raison.

Elle est bien réglée, perd très peu aux époques menstruelles, et le reste du temps elle est fatiguée par une leucorrhée abondante. Le 23 octobre dernier, je lui prescrivis une chemise en étoffe de plume pour la défendre contre le froid, et j'étais persuadé que l'électricité dégagée par le frottement sur la peau de ce tissu idio-électrique impressionnerait les papilles nerveuses du derme, mettrait en jeu l'innervation cérébro-spinale et modifierait en bien ou en mal ce pauvre organisme.

Le résultat a été heureux ; les migraines, plus rares, ne sont plus si violentes, l'appétit est revenu. La malade n'est pas rétablie, mais elle est en voie de guérison.

J'expérimente actuellement l'action de cette précieuse étoffe sur une dame de la rue Montaigne atteinte d'un rhumatisme de l'articulation scapulo-humérale, et, si j'avais à traiter des cholériques, je n'hésiterais pas à m'en servir pour réchauffer les malades pendant la période algide.

Veuillez agréer, monsieur le rédacteur en chef, l'expression de mes sentiments de très cordiale confraternité.

Dr L. JOLY,

BIBLIOGRAPHIE

AMBROISE PARÉ, D'APRÈS DE NOUVEAUX DOCUMENTS DÉCOUVERTS AUX ARCHIVES NATIONALES ET DES PAPIERS DE FAMILLE. — Paris, Charavay frères, éditeurs, 1885, in-8° de 418 pages.

Enfin... On a fini par éclaircir les épais nuages qui cachaient la vie de famille d'Ambroise Paré. Encore quelques efforts, on finira par dissiper tous les brouillards qui peuvent encore obscurcir la vie si belle et si utile à l'humanité du restaurateur de la chirurgie française. Honneur à tous les chercheurs infatigables, aux scrutateurs de nos gloires nationales qui n'ont rien négligé pour mener à bon port une œuvre aussi éminemment patriotique, et qui ont dit à leurs successeurs : Faites le reste !

Eh ! bien, on a fait le reste, ou presque le reste. Un de nos médecins de Paris, M. le docteur Le Paulmier, ne s'est pas contenté de ce que l'on savait sur Ambroise Paré ; il a voulu savoir davantage. Il a pour cela exploré des documents jusqu'à lui peu consultés sur ce point : les Archives générales de la France, les manuscrits de la Bibliothèque nationale, et les archives particulières d'une famille descendant de Paré, et conservées dans le château de Paley, près de Nemours. Il faut dire que la châtelaine du lieu a mis une charmante gracieuseté à ouvrir ses cartons à notre laborieux confrère, et que ce

dernier a pu fouiller là à son aise, copier des actes, reproduire des fac-similés, et, remarquez bien ceci, faire photographier un très beau portrait du grand chirurgien, sur toile, et portant la date de 1575. A part les portraits gravés du temps, c'est le seul qui soit authentique; celui de l'école de médecine de Paris est apocryphe.

Ce qui fait le caractère dominant de l'œuvre de notre excellent confrère, ce n'est pas l'esquisse de la vie d'Ambroise qu'il a tracée modestement, et sans viser à un effet académique; c'est bien plus la surabondance de pièces justificatives (cinquante!) qu'il a fait imprimer *in-extenso*. Ces pièces, qui se réfèrent aux deux dates extrêmes, 1541-1745, c'est-à-dire à une période de cent soixante-quatorze ans, nous font suivre la généalogie d'un Hédelin, descendant, par les femmes, du grand chirurgien, puisque Catherine (II), sa dernière fille, épousa, le 29 septembre 1603, Claude Hédelin, conseiller à la chambre du Trésor, et eut douze enfants dont un des descendants directs se retrouve en l'année 1735. Que de choses intéressantes on lira dans ces documents! Je prends au hasard: le contrat de mariage d'Ambroise Paré avec Jeanne Mazelin, sa première femme (1541); une donation mutuelle de tous les biens des époux (1543); saisie réelle et adjudication, à la requête d'Ambroise Paré, d'une maison sise rue de l'Hirondelle, et d'une maison et de vignes à Meudon (1550); lettres patentes donnant à Ambroise Paré les biens de Jean Gaultier, pédagogue en l'université de Paris, échus au roi par droit d'aubaine (1565); second mariage du grand chirurgien, contrat de mariage (1573); plusieurs contrats de mariage des filles de Paré; extraits des registres censiers de l'Abbaye de Saint-Germain-des-Prés, relatifs aux maisons du chirurgien royal; curieuse topographie des locaux que possédait Paré, rue de l'Hirondelle; le seul autographe du célèbre barbier qui soit connu, etc.

Je viens d'écrire, pour le Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, l'article Paré. Je regrette bien que cet article ait été composé et prêt à être imprimé avant l'apparition du bon, intéressant et consciencieux livre de M. Le Paulmier. Autrement, j'en eusse tiré grand profit.

A. Chéreau.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE.

De l'emploi de la peptone phosphatée dans les vomissements incoercibles de la grossesse. — Nous ne saurions être trop édifiés sur les services précieux que l'on est en droit d'attendre de l'administration du phosphate de chaux dans la grossesse et pendant l'allaitement.

Il nous semble particulièrement qu'on ne saurait trop le conseiller en pareil cas, toutes les fois qu'il y a chez le père ou chez la mère une diathèse scrofuleuse. Par son action propre il constitue pour la mère un véritable aliment d'épargne qui la met à l'abri de toute pénurie osseuse; de plus, étant un excitant puissant des grandes fonctions de nutrition, il provoque l'assimilation d'albuminoïdes, contribuant de la sorte à fortifier l'organisme et à placer la mère dans les meilleures conditions pour fournir sans fatigue, en même temps que le phosphate calcaire, les éléments protéiques nécessaires au développement de l'enfant. A l'appui de cette théorie, voici une observation qui renferme en outre un enseignement d'un autre genre.

Nous fûmes appelé en août 1882 pour donner nos soins à Mme L... De complexion délicate, lymphatique, cette dame, âgée de 27 ans, est en proie depuis quelques jours à des vomissements incoercibles provoqués par une troisième grossesse arrivée à son troisième mois. Nous pouvons constater un amaigrissement déjà sensible, un peu de fièvre avec soif assez vive. Nous conseillons successivement les moyens essayés en pareil cas : chloral et valérianate de caféine alternés, mouche d'opium sur l'épigastre. Sous l'influence de ce traitement, combiné à une alimentation de facile digestion, il y a bien une légère amélioration qui consiste en ce que les aliments ne sont pas rejetés immédiatement et seulement après qu'il y a eu commencement de digestion. Mais cette amélioration, insuffisante déjà, dure peu et nous retombons rapidement dans la situation antérieure qui, venant à se prolonger, ne manque pas de devenir alarmante. Nous songeons à proposer la cautérisation du col, mais auparavant et comme dernière tentative nous décidons de supprimer toute espèce de médication et d'alimentation pour donner uniquement à la malade, et par petites doses à la fois, une infusion légère d'écorce d'oranges amères additionnée de peptone phosphatée (*Vin de Bayard*), dans la proportion de six cuillerées de cette dernière à faire prendre en vingt-quatre heures. Après quelques légers phénomènes d'intolérance, cette tisane nutritive est finalement gardée et la quantité de peptone portée successivement de six à douze cuillerées. Cette alimentation exclusive fut continuée cinq jours pleins, après quoi on lui adjoignit, peu à peu, des consommés et des potages qui furent très bien tolérés et ne tardèrent pas à faire place à une alimentation aussi substantielle que le réclamait la situation de la malade. Nous lui conseillâmes toutefois de continuer l'usage de cette préparation à la dose de deux à quatre cuillerées par jour, non seulement pendant sa grossesse qui s'acheva de la manière la plus heureuse, mais encore pendant toute la durée de l'allaitement. Mme L... qui, à son grand chagrin, n'avait pu nourrir elle-même, par insuffisance de lait, ses deux précédents enfants, fut une excellente nourrice pour ce dernier qui, d'autre part, présenta une dentition extrêmement précoce.

Cette observation, qui vient corroborer ce que nous venons de dire sur les avantages de l'administration du phosphate de chaux pendant la grossesse et l'allaitement, témoigne de plus quels bénéfices on peut retirer dans les vomissements incoercibles, d'une préparation phosphatée très nutritive sous un petit volume, et capable d'être assimilée presque directement et pour ainsi dire sans le concours de l'estomac.

Il est bon de remarquer toutefois que le choix d'un phosphate de chaux ne saurait être indifférent, et c'est le lieu de rappeler que les recherches des physiologistes de ce temps viennent de démontrer, de la manière la plus formelle, qu'à l'exemple du fer qui n'est assimilable qu'à la condition d'être administré sous la forme d'albuminate, le phosphate de chaux n'est susceptible d'entrer dans l'économie que *combiné à une substance protéique nutrimentive*.

Peptone et phosphate de chaux constituent donc bien une préparation très rationnelle, très physiologique, renfermant les éléments du système osseux et du muscle, et fournissant sous un petit volume un reconstituant d'une grande puissance.

En temps d'épidémie, la nécessité d'une hygiène bien comprise et d'une alimentation capable d'affermir l'organisme s'impose pour constituer finalement ce qu'on désigne par la non-réceptivité du terrain. Or, la peptone phosphatée Bayard, sagement administrée, augmente la résistance organique de chaque individu et, par là même, doit contribuer à restreindre les terrains favorables à l'ensemencement des germes morbigènes.

(Union médicale.) Dr Jubet, ancien interne des hôpitaux.

FORMULAIRE

Traitement de l'otorrhée par la boroglycéride.
(Brandeis.)

La boroglycéride se prépare en faisant agir l'acide borique sur la glycérine. La réaction a pour formule :

$BO^3,H^3 + C^3H^3(OH^2)_3 = BO^3C^3H^5 + (H^2O)^3$
62 parties 92 parties 100 parties 54 parties

On emploie le produit ainsi obtenu sous forme de solution à 10-50 0/0, dont on instillera quelques gouttes dans le conduit auditif, quand il s'agit de combattre une simple otorrhée. Si celle-ci se complique de végétations polypeuses, on introduira dans le conduit auditif un mélange à parties égales d'alcool et de boroglycéride. Enfin, dans les cas de déchirure du tympan, on réussira à suppléer cette membrane en introduisant au fond du conduit auditif une certaine quantité du mélange suivant :

Boroglycéride.............. 75 parties.
Glycérine.................. 25 —

M. Par-dessus la masse, on appliquera du collodion.

(DEUTSCHE MEDIZINAL-ZEITUNG.) E. R.

NOTES & INFORMATIONS

Le choléra à Paris.

On peut considérer l'épidémie comme éteinte. Aucun bulletin spécial des cas nouveaux et des décès n'est plus publié. Le Préfet de police a licencié la moitié du service de transport des malades et des désinfecteurs, ne maintenant provisoirement le reste que par pure précaution.

Dans une note communiquée lundi dernier à l'Académie des sciences, M. Emile Rivière a fait une étude statistique consciencieuse de la marche de l'épidémie dans les hôpitaux de Paris depuis son début jusqu'au 23 novembre. On lira avec intérêt l'extrait suivant de cette note, que l'auteur a bien voulu rédiger pour nous.

— NOTE STATISTIQUE SUR LE CHOLÉRA DANS LES HÔPITAUX DE PARIS DEPUIS LE DÉBUT DE L'ÉPIDÉMIE JUSQU'A CE JOUR. — C'est le mardi 4 novembre 1884 que le premier cas de choléra, suivi de décès, a été signalé à Paris. Nous ne parlons pas ici, bien entendu, des faits qui se sont produits cet été, tant à Paris que dans la banlieue, malgré le lien qui les rattache peut-être à l'épidémie actuelle.

Ce premier décès a été constaté immédiatement par M. le Préfet de police, accompagné de M. le docteur Dujardin-Beaumetz. C'est celui d'un garçon de lavoir de la rue Saint-Antoine. Le lendemain, 5 novembre, les premiers cholériques entraient dans les hôpitaux de Paris.

Ce jour-là, 6 malades y ont été admis : 5 hommes et 1 femme. Sur ces 6 premiers cas, 4 appartenaient au XIe arrondissement et 3 d'entre eux à la rue Sainte-Marguerite, qui allait devenir le foyer le plus sérieux de l'épidémie, et 2 à la même maison (no 11). Ces deux cholériques exerçaient la profession de chiffonnier. Quant aux deux autres cas, ils provenaient, l'un du XIIe arrondissement et l'autre du XIIIe. Ce dernier est celui d'une aliénée de la Salpêtrière, et c'est dans l'intérieur même de cet établissement qu'il s'est développé.

Sur ces six premiers cas, cinq ont été suivis de mort. Ces décès ont eu lieu le lendemain 6 novembre.

Le sixième s'est terminé par guérison.

1o Le nombre des cas de choléra *admis* dans les hôpitaux et hospices civils de Paris a été, du 5 au 23 novembre au matin, de 912 dont 553 hommes et 359 femmes. Le nombre des cas déclarés *à l'intérieur* de ces établissements a été de 59 dont 26 hommes et 33 femmes ; 18 d'entre eux appartiennant au personnel hospitalier. Le chiffre total des cholériques traités dans les hôpitaux civils jusqu'au 23 novembre a donc été de 971 dont 579 hommes et 392 femmes ;

2o Sur ces 971 cas, la mortalité a été de 611 décès, soit 302 hommes et 209 femmes. Les guérisons définitives ont été jusqu'à présent de 239, dont 129 hommes et 110 femmes ;

3o Il restait donc le 23 novembre 1884 au matin, en traitement dans les divers hôpitaux et hospices civils de Paris, 221 cholériques dont 147 hommes et 74 femmes.

4o Le fléau a frappé de préférence les hommes de 26 à 60 ans, et surtout ceux de 31 à 50 ; les femmes de 21 à 60 ans, et surtout celles de 21 à 40. Passé l'âge de 60 ans, le nombre des cholériques est relativement restreint. Les enfants n'ont été que très peu touchés.

5o Le sexe masculin a été beaucoup plus éprouvé que le sexe féminin ; la proportion est de 60,64 hommes et 39,36 femmes sur 100 malades *entrés* ; elle est au contraire de 44,07 hommes seulement et 55,93 femmes sur 100 cas *déclarés* à l'intérieur des hôpitaux. Enfin, relativement au chiffre de la population parisienne recensée en 1881 (2,339,928 habitants) de 4,379 cas sur 100,000 habitants.

6o Les professions de journalier, puis celle de domestique, ont été les plus décimées. Nous trouvons ensuite, mais à une grande distance de celles-ci, les professions de blanchisseur, cordonnier, couturière, chiffonnier, etc., etc.

7o Les arrondissements les plus frappés ont été : le XIe avec 161 cas, puis le XIXe, le Ve et le XIIe. Les moins atteints sont : le XVIe avec 5 cas, et le VIIIe 8 cas.

8o Jusqu'à présent, *le nombre des décès* comparé à celui des cholériques entrés ou déclarés dans les hôpitaux nous donne la proportion relativement minime, eu égard aux précédentes épidémies, de 52,62 pour 100. Cependant, ce n'est là qu'un chiffre provisoire, puisque certains des cholériques actuellement en traitement succomberont probablement au mal. Néanmoins, nos chiffres proportionnels ne sauraient en être sérieusement modifiés. Quoi qu'il en soit, la mortalité a été relativement plus grande pour les femmes que pour les hommes. Les chiffres sont de 52,33 hommes et de 53,31 femmes sur 100 cas. En résumé, nos relevés quotidiens nous montrent :

a. Que l'épidémie a suivi une courbe très rapidement ascendante du 5 novembre, jour de l'entrée des 6 premiers cas dans les hôpitaux, au 11 novembre, où le chiffre des malades a été de 132 ;

b. Que le choléra, au contraire, a suivi une courbe descendante, depuis le 12 novembre jusqu'au 23 du même mois ;

c. Que le chiffre des décès a progressé jusqu'au 12 novembre, où il s'est élevé à 60, chiffre maximum d'une seule journée, pour descendre peu à peu chaque jour, jusqu'à aujourd'hui, où il est seulement de 8 ;

d. Que les premiers cholériques guéris définitivement ont quitté l'hôpital le 8 novembre 1884, et que ces sorties se sont accentuées à partir du 14.

De tous ces chiffres, nous croyons pouvoir conclure :

1o Que l'épidémie cholérique qui a éclaté à Paris le 4 novembre 1884 n'a eu ni l'intensité ni la gravité que redoutait la population parisienne, mais qu'elle décroît maintenant de plus en plus chaque jour ;

2o Que les conditions atmosphériques actuelles donnent tout lieu d'espérer que l'épidémie s'éteindra sur place, dans un délai que nul ne saurait préciser, mais qu'on peut entrevoir comme prochain, sans avoir pour cela la prétention de soutenir qu'à un moment donné une recrudescence ne puisse pas avoir lieu, soit à la suite de quelque modification dans la température, soit aux approches du printemps ;

3o Que les malades atteints ont été, pour la plupart, ou des gens affaiblis par des maladies chroniques antérieures, ou des individus épuisés par des excès divers, ou bien encore des malheureux plongés dans la misère physique et physiologique la plus profonde, et vivant dans des milieux sordides.

— Il résulte d'un rapport adressé au préfet de la Loire-Inférieure par M. le docteur Chartier, président de la Commission des épidémies, que, du 16 octobre au 12 novembre, il y a eu, dans la ville de Nantes, 210 cas cholériques, dont 93 ont été suivis de mort.

— Pendant le cours de l'épidémie cholérique qui a ravagé récemment et avec tant de violence la ville de Naples, 20 médecins sur 139 ont succombé aux atteintes du choléra.

— UNE DIRECTION D'HYGIÈNE AU MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — D'après certaines informations, l'épidémie cholérique que la ville de Paris vient de traverser aurait eu pour effet d'engager M. Waldeck-Rousseau à réaliser un projet déjà ancien, celui de créer dans le ressort de son ministère une direction d'hygiène. Divers services seraient réunis pour former cette direction, dont le titulaire serait déjà désigné. On ne peut qu'applaudir à cette mesure, avec l'espoir toutefois qu'elle ne sera qu'un acheminement vers la création d'une direction générale et autonome du service de santé réunissant dans sa juridiction tous les services éparpillés dans différents ministères.

— ENSEIGNEMENT MUNICIPAL DE LA MÉDECINE. — Dans son avant-dernier numéro, adressé aux étudiants, le PROGRÈS MÉDICAL parle d'un projet qui consisterait à créer une École municipale de médecine. Le rédacteur demande au Conseil municipal de mettre à profit toutes les ressources que les hôpitaux offrent à la création d'un enseignement parallèle à celui de la Faculté. Il montre qu'à l'amphithéâtre des hôpitaux sont enseignées l'anatomie, la médecine opératoire, la physiologie et l'histologie. Il n'y aurait plus qu'à prendre les médecins des hôpitaux pour leur conférer les cliniques médicale et chirurgicale, l'anatomie pathologique, les cliniques spéciales des enfants, des maladies de la peau, de la syphilis, des maladies mentales, la pharmacie et la thérapeutique. On dit que le Conseil municipal va s'occuper prochainement de ce projet.

— ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LA GIRONDE. — L'Association des médecins de la Gironde a décidé, dans son assemblée générale de Coutras, de créer à Bordeaux un centre d'informations relatif aux postes médicaux et destiné à rendre service :

1o Aux jeunes médecins qui désirent s'établir ;

2o Aux praticiens qui veulent changer de résidence ;

3o A ceux enfin qui voudraient se retirer définitivement et céder leur clientèle.

Un registre spécial, destiné à recevoir les offres et les demandes, est déposé à cet effet entre les mains du secrétaire général, qui le tiendra à la disposition des intéressés.

— EXPOSITION D'HYGIÈNE DE LONDRES. — La section française de l'Exposition internationale d'hygiène et d'éducation de Londres a obtenu 179 récompenses, soit 45 diplômes d'honneur, 20 diplômes simples, 25 médailles d'or, 51 médailles d'argent et 38 médailles de bronze.

— L'INTERNAT DES FEMMES. — Il paraîtrait, d'après l'UNION MÉDICALE, que, malgré l'opposition formellement exprimée de la majorité des médecins et chirurgiens des hôpitaux, malgré les démarches faites par M. le professeur Hardy, président de l'Association des internes, et par MM. Moutard-Martin et Nicaise, délégués du corps médical au Conseil de surveillance de l'Assistance publique, un arrêté préfectoral vient d'autoriser l'admission des femmes externes au concours de l'internat pour l'année prochaine.

— SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE DE PARIS : CONFÉRENCE ET PRIX BROCA. — La Société d'anthropologie avait décidé qu'une conférence, en l'honneur et en souvenir de Broca, son fondateur, serait faite chaque année et prendrait le titre de *Conférence Broca*. Jeudi dernier, à 3 heures, cette conférence a été inaugurée dans la salle des séances de la Société, au milieu d'un nombreux et sympathique auditoire dont les dames formaient une partie respectable. Dans la même séance a été décerné, pour la première fois, le prix fondé par Mme Broca en mémoire de son mari, et destiné à encourager les recherches anthropologiques.

Après une courte allocution de M. Hamy, président, M. Pozzi a donné lecture du rapport sur les travaux qui ont concouru. Le prix a été décerné à M. Léo Testut, récemment nommé professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Lille, pour son ouvrage remarquable intitulé : *les Anomalies musculaires chez l'homme expliquées par l'anatomie comparée ; leur importance en anthropologie*.

Le conférencier, M. Dally, a retracé la vie et les travaux de Broca. Il a suivi, dans toute sa carrière, le fondateur de la Société d'anthropologie, étudiant en lui tour à tour le chirurgien, le savant, le professeur, l'écrivain, le citoyen, l'homme de la famille, le collègue, l'ami, et montrant, partout et toujours, la supériorité intellectuelle et morale de Broca. Ce panégyrique, entrecoupé d'anecdotes, de traits vifs, de réflexions judicieuses, d'appréciations justes, a grandement intéressé l'auditoire, qui a exprimé sa satisfaction par des applaudissements unanimes et répétés.

— Le JOURNAL OFFICIEL du 26 novembre contient promulgation de la loi ayant pour objet d'ouvrir au ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, sur l'exercice 1884, un crédit de 80,000 fr. pour l'appropriation d'une partie du domaine de Villeneuve-l'Etang, en vue des expériences poursuivies par M. Pasteur sur la prophylaxie des maladies contagieuses des animaux (page 6,209).

R. F. D.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Nous avons à enregistrer la mort, outre celle du regretté professeur Fonssagrives, de M. Daguin, professeur honoraire de physique à la Faculté des sciences de Toulouse ; — de M. le docteur Ruf de Lavison, de Neuilly-sur-Seine ; — de M. le docteur Mouret, médecin des hospices de Monistrol (Haute-Loire) ; — de M. le docteur Damon, de Saint-Just-en-Chevalet (Loire) ; — de M. le docteur Morin, de Paris.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les jurys d'examens et de thèses pourront, s'ils le jugent convenable, d'après le résultat de l'examen, imposer aux candidats un ajournement dont la durée ne pourra être moindre de trois mois ni excéder un an.

Cette disposition est applicable à tous les examens, sauf à ceux de fin d'année, au premier examen de doctorat (nouveau régime) et à l'épreuve pratique de médecine opératoire.

Les candidats aux examens de fin d'année doivent se présenter au mois de juillet, à moins d'obtenir l'autorisation de se présenter à la session d'octobre-novembre. S'ils subissent un échec au mois de juillet, ils ont le droit de renouveler leur examen en octobre-novembre. S'ils sont refusés à cette nouvelle session ou s'ils ne se sont pas présentés, ils sont renvoyés au mois de juillet suivant, et le cours de leurs inscriptions est suspendu pendant l'année scolaire.

Les candidats au premier examen de doctorat (nouveau régime) doivent se présenter au mois de juillet ou au mois d'octobre à leur choix. Tout candidat qui n'aura pas subi avec succès ce premier examen à la session d'octobre-novembre, au plus tard, sera ajourné à la fin de l'année scolaire et ne pourra prendre aucune inscription pendant le cours de cette année. Il est imposé aux candidats, refusés à l'épreuve de médecine opératoire (deuxième examen de doctorat, ancien régime, et première partie du troisième examen, nouveau régime) un ajournement dont la durée ne peut être moindre de six semaines.

— La chaire de clinique des maladies des enfants de la Faculté de médecine de Paris est déclarée vacante.

— Le concours du prosectorat des hôpitaux de Paris vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Charles Walther.

— Le Conseil municipal de Paris a voté dans la séance du 24 novembre, sur la demande de M. le professeur Trélat, l'installation

d'un amphithéâtre spécial pour le service de la clinique chirurgicale à l'hôpital de la Charité.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE. — Par décret du 20 novembre 1884, M. le docteur Testut (Jean-Léo), agrégé près la Faculté de médecine de Bordeaux, a été nommé professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Lille.

— Par arrêté du 18 novembre, M. le docteur Monnet (Ernest) est délégué pour un an dans les fonctions de chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Lille.

— La Faculté de médecine de Lille a décerné le premier prix de thèses à M. le docteur Lesur (André-René), le deuxième prix de thèses à M. le docteur Legay (Charles-Gustave).

— Par décret en date du 26 novembre 1884, [rendu sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, M. Moniez, docteur en médecine, docteur ès sciences, est nommé professeur d'histoire naturelle à la Faculté mixte de médecine et pharmacie de Lille (chaire nouvelle).

— M. le docteur Delassus, chef des travaux anatomiques, est nommé professeur suppléant avec les mêmes fonctions.

— M. le docteur Pierre Bernard est nommé maître de conférences chargé du cours de zoologie médicale.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. Lannegrâce est nommé professeur de physiologie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. Baraban, agrégé, est maintenu dans les fonctions de chargé d'un cours d'histologie.

M. Garnier, agrégé, est maintenu dans les fonctions de chargé d'un cours de chimie médicale et toxicologie.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE DIJON. — M. Parisot, suppléant de pathologie et de clinique externes, est chargé en outre du cours de clinique externe à ladite École, en remplacement de M. Brulet, décédé.

FACULTÉ LIBRE DE MÉDECINE DE LILLE. — M. le docteur H. Duret, ancien chirurgien des hôpitaux de Paris, est nommé professeur titulaire de la chaire de pathologie générale.

***

Par décision ministérielle, ont été désignés, savoir :

M. Vallin, médecin principal de première classe, professeur au Val-de-Grâce, pour l'École supérieure de guerre.

MM. les médecins-majors de première classe Gentil pour l'hôpital du Gros-Caillou ; Zuber, pour l'ambulance du corps expéditionnaire du Tonkin.

COMITÉS ET COMMISSIONS. — Par décision ministérielle du 18 novembre 1884, M. le médecin inspecteur Champenois (Paul-Athanase), inspecteur du III° arrondissement d'inspection générale du service de santé militaire en 1884, admis dans le cadre de réserve le 10 octobre dernier, a été appelé à prendre part aux travaux de la commission de classement du personnel du corps de santé militaire, qui se réunira le 1er décembre prochain.

DISTINCTION HONORIFIQUE. — M. le docteur Lande, agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, vient d'être nommé officier d'académie.

***

BOURSIERS. — Un arrêté du 21 novembre 1884 nomme pour un an, à dater du 1er novembre 1884, un grand nombre de boursiers près les Facultés de médecine et les Écoles supérieures de pharmacie. Ces boursiers, répartis dans les différentes Facultés ou Écoles, ont de 4 à 16 inscriptions.

***

ASILE SAINTE-ANNE. — M. Magnan a repris ses leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, le dimanche 16 novembre à 9 heures et demie du matin, et les continuera les dimanches et mercredis suivants à la même heure.

Les leçons porteront plus particulièrement, cette année, sur les rapports entre *la folie des héréditaires, les folies intermittentes et le délire chronique*.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 16 AU SAMEDI 22 NOVEMBRE 1884.

Fièvre typhoïde 22. — Variole 0. — Rougeole 28. — Scarlatine 1. — Coqueluche 6. — Diphthérie, croup 31. — Choléra 238. — Dysentérie 1. — Erysipèle 4. — Infections puerpérales 5. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 50. — Phthisie pulmonaire 203. — Autres tuberculoses 7. — Autres affections générales 64. — Malformation et débilité des âges extrêmes 66. — Bronchite aiguë 33. — Pneumonie 81. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 43, — au sein et mixte 29. — Inconnu 7. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 87. — de l'appareil circulatoire 73. — de l'appareil respiratoire 166. — de l'appareil digestif 44. — de l'appareil génito-urinaire 23. — de la peau et du tissu lamineux 3. — des os, articulations et muscles 8. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 1. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 8. — Morts violentes 34. — Causes non classées 9. — Total de la semaine : 989 décès.

RÉSUMÉ DE LA 47e SEMAINE

Pendant la semaine du 16 au 22 novembre, 1,306 décès ont eu lieu à Paris, dont 238 par choléra. Ce dernier chiffre, additionné à ceux que nous avons déjà publiés, porte à 866 le nombre des victimes que le choléra a faites depuis le début de l'épidémie jusqu'au 22 novembre.

Nous sommes en mesure de publier le nombre des décès cholériques par journées depuis le 3 novembre :

Nombre de décès par choléra survenus à Paris depuis le 3 novembre.

(Chaque journée considérée de minuit à minuit)

3 novemb.	1	décès par choléra		Report..		492	
4	—	1	—	14 novemb.	67	décès par choléra	
5	—	3	—	15	—	69	—
6	—	16	—	16	—	45	—
7	—	14	—	17	—	38	—
8	—	27	—	18	—	48	—
9	—	76	—	19	—	30	—
10	—	94	—	20	—	33	—
11	—	96	—	21	—	29	—
12	—	81	—	22	—	15	—
13	—	83	—				
				Total...		866	
A rep...		492					

Depuis le 8 novembre, la direction des affaires municipales a publié sur le choléra des bulletins quotidiens reproduits par la plupart des journaux ; ces bulletins résultaient des déclarations faites par les familles aux bureaux des mairies. D'après ces bulletins, le nombre total des décès par choléra du 8 au 22 novembre serait de 808, tandis que, d'après nos chiffres, il serait de 831. La différence entre les deux comptes n'est donc que de 23 décès ; une comparaison minutieuse qui a été faite décès par décès, nous permet de nous rendre compte de cette différence légère : dans un certain nombre de cas, la véritable cause de mort n'a pas été déclarée par les familles à la mairie, et n'a été reconnue que par le médecin.

Il est vrai que, d'autre part, dans d'autres cas plus rares, les familles ont attribué au choléra des décès dus à des causes très différentes. Les chiffres que nous publions ci-dessus résultent des certificats médicaux, contrôlés le plus souvent par les diagnostics des médecins traitants.

Ces vérifications médicales, qui sont une garantie de l'exactitude des chiffres, exigent un certain temps et ne peuvent arriver au service de statistique que quelque temps après le décès. De là vient une contradiction, purement apparente, qui a surpris quelques-uns de nos lecteurs, et que les chiffres qui précèdent font disparaître.

En comparant la distribution des décès par quartiers, dans nos deux derniers *Bulletins*, on se convaincra que l'épidémie, tout en diminuant considérablement, n'a pas changé de quartier.

Le centre de Paris et les faubourg de l'Est ont continué, la semaine dernière, à être les régions les plus frappées. Dans le centre, il nous faut mentionner le quartier *Saint-Gervais* (10 décès dans la semaine du 16 au 22 novembre), et les quartiers *Saint-Merri Arts-et-Métiers*, *Enfants-Rouges* (5 décès chacun). Des causes spéciales d'insalubrité existent certainement dans ces deux premiers quartiers, qui ont toujours été parmi les plus frappés dans les épidémies cholériques antérieures ; quant aux deux autres, ils sont contigus au XIe arrondissement, qui continue à être le principal foyer de la maladie.

Dans cet arrondissement, la *Folie-Méricourt* est restée presque indemne (1 décès seulement la semaine dernière), mais *Saint-Ambroise* (11 décès), la *Roquette* (20 décès), ont été encore sérieusement atteints, *Sainte-Marguerite* (8 décès) a vu diminuer considérablement la gravité du fléau. Le quartier des *Quinze-Vingts* (14 décès) est le seul qui soit encore atteint dans le XIIe arrondissement (*Reuilly*). Tous les quartiers excentriques du Sud de Paris sont à peu près indemnes, excepté *Javel* (5 décès) et *Grenelle* (4 décès). L'arrondissement de *Passy* est resté indemne, les quartiers excentriques du Nord-Ouest de Paris le sont également. Il n'en est pas de même du quartier de *la Chapelle* (8 décès), de la *Villette* (9 décès) et du *Combat* (12 décès). Le XXe arrondissement est moins éprouvé que le XIXe.

On voit que le choléra, depuis le commencement de l'épidémie, est resté limité à certains quartiers les plus malpropres de la ville d'où il n'a pas tendance à s'écarter.

Ajoutons que les résultats, encore provisoires, qui nous sont parvenus depuis dimanche, nous confirment dans cette conclusion: l'épidémie tend à décroître, et à décroître sur place, dans les lieux mêmes où elle a pris naissance, à savoir dans le IVe, le XIe et le XIXe arrondissement.

Les autres maladies épidémiques continuent à être relativement assez rares à Paris.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS

LES ANCIENNES VILLES DU NOUVEAU-MONDE. — VOYAGES D'EXPLORATIONS AU MEXIQUE ET DANS L'AMÉRIQUE CENTRALE, par M. Désiré Charnay (1857-1882). Ouvrage contenant 214 gravures et 19 cartes ou plans. — Paris, 1885, librairie Hachette.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

55e année. 7e série. Tome Ier. N° 49 6 DÉCEMBRE 1884

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

I. CONSIDÉRATIONS SUR LA RIGIDITÉ DE L'ORIFICE UTÉRIN PENDANT LE TRAVAIL.

II. ÉTUDE SUR LA RIGIDITÉ DU COL D'ORIGINE SYPHILITIQUE, par le docteur J.-A. DOLÉRIS, chef de clinique d'accouchement et de gynécologie.

I

C'est une notion classique en obstétrique que la première période du travail de l'accouchement peut être enrayée dans sa marche par un obstacle siégeant au niveau du col de l'utérus. Cet obstacle est multiple dans ses causes, sa nature et ses caractères, et il y aurait lieu de scinder son étude en paragraphes distincts, si finalement le résultat n'était à peu près constamment le même et n'aboutissait à la réalisation de genres de *dystocie* très comparables entre eux.

Obéissant à cette idée d'ensemble, l'école les englobe sous le nom générique de *rigidité du col utérin*.

Elle en distingue trois principaux qui, au point de vue didactique, encadrent toutes les autres variétés ; ce sont : 1o la rigidité spasmodique ; 2o la rigidité anatomique ou mécanique ; 3o la rigidité pathologique.

A. — La *rigidité spasmodique* de l'orifice cervical en voie de dilatation est un spasme véritable dans l'acception simple du mot, une sorte de contracture du sphincter du col de la matrice.

Douleur excessive, chaleur, bords roides, minces et tendus et presque tranchants ; — réaction nerveuse intense, nausées, vomissements, excitation générale, malaise, lypothymies, etc., etc., tels sont les principaux phénomènes qui la caractérisent.

Nervosisme exagéré, excitabilité anormale, telles sont les conditions pathogéniques *premières* de sa production. Obstacles mécaniques à la marche du travail : bassin vicié, tumeurs, etc. ; rupture prématurée des membranes, travail trop précipité, contractions utérines déréglées, etc., etc., telles sont quelques-unes des causes *immédiates* ou bien *accidentelles* de son apparition.

On peut résumer ce qui précède en disant que la contracture du col accompagne souvent le *travail anormalement douloureux*. Quant au traitement, il est surtout antispasmodique : en tête des agents thérapeutiques, le chloroforme.

B. — *Rigidité anatomique.* — Cet état particulier du col utérin, ou plutôt de *l'orifice qui succède au complet ou presque complet effacement du col* (1), est caractérisé par un épaississ-

(1) Il faut être bien fixé sur ce point, car, qui dit col rigide veut dire le plus souvent orifice rigide. C'est en effet quelquefois à la période ultime de l'effacement et alors qu'il ne reste plus qu'un bourrelet du tissu cervical autour de l'orifice externe, mais surtout à la période de dilatation de l'orifice qui a succédé au col, que la rigidité a lieu d'être constatée. Ceci pourrait être contesté pour la variété *pathologique* dans les cas de tumeurs ou de lésions gênant l'effacement, mais me paraît indiscutable pour ce qui concerne la *rigidité dite anatomique*.

FEUILLETON

M. Fauvel

NOTICE NÉCROLOGIQUE, lue à l'Académie de médecine, par M. BERGERON

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

Rappelé à Paris pour occuper le poste d'*Inspecteur général des services sanitaires*, devenu vacant par la mort de notre vénéré collègue Mêlier, Fauvel quitta Constantinople en 1868. On a cru alors et on a dit que, pendant son séjour en Orient, notre collègue n'avait pas seulement recueilli de grands honneurs, et que son expérience bien connue de la colonie européenne et même de la population turque, ainsi que la haute notoriété attachée à son nom, lui avaient valu une clientèle considérable et fructueuse. C'est une erreur ; absolument dévoué à ses fonctions de professeur et de médecin sanitaire, il avait tenu à leur consacrer tout son temps ; il se faisait scrupule d'ailleurs de profiter, comme médecin praticien et au détriment de ses confrères, de la situation éminente à laquelle ses services l'avaient élevé ; enfin, dans les rares circonstances où il n'avait pu se soustraire à des appels pressants et partis de haut, il avait refusé les plus riches présents, donnant ainsi la preuve de son désintéressement, non moins que de sa volonté de conserver une indépendance absolue.

Fauvel partit donc de Constantinople sans fortune, comme il y était arrivé, mais pouvant du moins se rendre ce témoignage précieux qu'il avait bien mérité de la nation au milieu de laquelle il avait vécu, et surtout bien mérité de la France, dont il avait, pendant vingt ans, aux prises avec des difficultés sans nombre et des périls de plus d'un genre, vaillamment et fermement soutenu l'honneur.

Il était facile de prévoir quel serait le programme du nouvel inspecteur, car on savait qu'il aurait pour base scientifique cette proposition qui résume, en ce qu'ils ont de plus essentiel, les principes proclamés par la Conférence de Constantinople : « Le choléra est, pour l'Europe, une maladie exotique, contagieuse, d'origine in-

sement général avec un certain degré d'induration qui a fait comparer le rebord cervical à un anneau de *cuir bouilli imbibé de graisse*. Au toucher, le tissu est parfois indolore, presque insensible ou modérément douloureux, et sa température ne présente pas d'exagération appréciable.

Considérée dans son étiologie, on lui reconnaît comme cause génératrice une substitution aux éléments normaux de l'utérus d'éléments fibreux ou fibroïdes de nature conjonctive.

L'âge joue ici un rôle prépondérant, et c'est surtout lorsqu'il est associé à la *primiparité* que la relation entre l'effet produit et la cause supposée paraît évidente. Tout le monde à peu près admet en France que les primipares *très jeunes* et les primipares *âgées*, ces dernières surtout, sont sujettes à présenter cette rigidité dite *anatomique* du col.

Cette opinion mérite un sérieux examen.

Dans un mémoire récent, très scrupuleusement fait(1), M. le docteur Courtade a envisagé l'accouchement des vieilles primipares au point de vue de la durée, et, après avoir basé sa statistique sur 300 cas environ, il l'a comparée à toutes les statistiques connues, établies sur le même point par les auteurs étrangers. Il faut bien le dire, l'accord est loin d'être complet; ainsi Hecker n'admet pas la prolongation de la première période de l'accouchement chez les primipares âgées; c'était l'opinion de Mme Lachapelle et un peu celle de Depaul, en France. Kleinwachter, au contraire, l'accepte; d'autres restent dans le doute.

Les dissidences des auteurs classiques sur le fait de la durée moyenne de la première période du travail chez les *primipares en général* m'obligent à citer des chiffres. D'après Cazaux, Tarnier et Charpentier, elle serait de 12 à 15 heures environ; pour Depaul, Veit et Schrœder, de 17 à 18 heures.

Chez les femmes âgées de plus de 28 ans, primipares, la durée moyenne de la période de dilatation du col a été, pour la statistique de Rumpe, 13 h.; pour Krüger, 14 h.; pour Kleinwachter, 18 h.; pour Hecker, 18 h.; pour Winckel, 19 h.; pour Courtade, 18 h. et Dieterlen, 22 h., ce qui donne une moyenne de 17 heures pour un total de près de mille primipares âgées. Ce résultat, bien entendu, est déduit net et brut, sans préoccupation des cas nombreux de dystocie et des anomalies de toute sorte, rétrécissements, tumeurs, présentations défectueuses, insertion vicieuse du placenta, grossesse gémellaire, hydramnios, rupture prématurée des membranes, etc., etc., beaucoup plus fréquents chez les vieilles primipares et de nature à forcer nécessairement le chiffre moyen de la durée de la première phase du travail *physiologique*.

Somme toute, on voit que cette moyenne dépasse de très peu la durée normale de la première phase du travail observée chez les primipares en général, et ne permet pas de laisser supposer qu'on ait en bien souvent affaire à une rigidité mécanique du col tenant à sa prétendue métamorphose fibroïde.

Il faut néanmoins reconnaître que, d'après la plupart des auteurs précédemment cités, dans la catégorie spéciale des rares primipares *âgées de plus de 35 ans*, on a en plus ou moins souvent à constater que la période de dilatation était notablement plus longue que la normale.

Sur les 316 cas qu'il a recueillis, Courtade n'a relevé que quatre interventions nécessitées par cette variété de dystocie. Dans ces quatre faits, on fut obligé de pratiquer des incisions sur l'anneau cervical rigide.

Ce n'est pas tout, et si l'on veut aller au fond de la question, on ne peut s'empêcher de faire ressortir un nouvel élément de doute et de trouble dans les résultats. Chez les vieilles primipares en question, les contractions utérines étaient en général faibles ou irrégulières. Or les accoucheurs savent ce qui arrive en pareil cas : la partie fœtale ne pénètre que lentement et difficilement dans l'orifice, le travail languit et à la longue le tissu cervical, d'abord souple et mou, s'infiltre peu à peu, s'épaissit, s'indure, les fibres musculaires se tassent et constituent un bourrelet, une sorte de sphincter dont l'existence paraît à tort être la condition protopathogénique de la dystocie. Il faudrait, dans ce cas, accuser bien plus la paresse utérine que la résistance du col.

Je n'ignore pas que tous les auteurs et les plus récents, Cazaux, Tarnier, Charpentier en particulier, ont voulu prévenir l'erreur et mettre en garde contre une fausse appréciation de la cause et de l'effet, en essayant d'en indiquer le diagnostic différentiel. Mais, quoi qu'on fasse, on n'empêchera pas que, en présence d'un travail qui s'arrête, l'existence d'un col véritablement rigide ne laisse le médecin dans un doute momentanément insoluble. Est-ce la rigidité primitive qui a épuisé les efforts contractiles de la matrice? est-ce l'insuffi-

(1) ARCHIVES DE TOCOLOGIE, juin, juillet et suiv. 1884.

---

dienne; jamais on ne l'a vu naître spontanément en Europe, où il a toujours été importé.

Or la conclusion logique d'une pareille proposition ressort de la note que Fauvel vint lire à cette tribune, en 1869, « sur la question de savoir jusqu'à quel point nous étions alors menacés d'une nouvelle invasion du choléra », note qu'il terminait en disant : « La France se trouve en présence de trois foyers actifs d'où le choléra peut être rapidement importé.... Mais il ne s'agit plus, comme autrefois, d'attendre que l'ennemi soit à nos portes pour nous en occuper et lui opposer des mesures incohérentes et le plus souvent inefficaces; notre prévoyance va plus loin, nous allons au-devant du danger, jusqu'au foyer primitif de la maladie, et nous essayons d'opposer à la marche envahissante du fléau venant d'Orient, des barrières infranchissables sur les routes qu'il a suivies pour pénétrer en Europe. »

Pris dans son ensemble, le programme était hardi et son exécution devait rencontrer bien des obstacles; mais il avait un incontestable caractère de grandeur, on y sentait le ferme espoir d'un homme qui sait pourquoi il espère et, en tout cas, Fauvel pouvait compter que partout, à l'étranger comme en France, partisans et adversaires de ses doctrines et des mesures restrictives qui en étaient la conséquence, suivraient avec un égal intérêt les péripéties de l'épreuve solennelle qu'il allait tenter.

Mais Fauvel ne se faisait pas plus d'illusions sur les chances d'intervention prochaine de l'Europe dans le but d'éteindre, à son foyer primitif, le typhus indien, que sur l'inanité des quarantaines terrestres; d'ailleurs l'épidémie de 1865 avait clairement montré par quelle voie désormais l'Europe était surtout menacée du choléra, qu'apportaient de l'Inde les pèlerins se rendant à la Mecque; aussi est-ce du côté de la mer Rouge que notre collègue dirigea tous ses efforts pour organiser un système de prophylaxie aussi complet que possible.

Régler rigoureusement les conditions d'embarquement des navires affectés au transport des pèlerins, faute de pouvoir dès à présent améliorer la situation sanitaire de l'Inde, puis installer dans la mer Rouge des postes de surveillance confiés à des médecins français résidant à Djeddah et à Suez : tel était, en définitive, le programme que Fauvel voulait réaliser, et c'est à le défendre, à le faire accepter par tous les conseils sanitaires du monde civilisé

sance primitive de ces efforts qui a permis l'induration et l'épaississement secondaires du col?

Un homme habitué aux choses de l'obstétrique ne s'y trompera guère et arrivera, avec le temps et l'observation, à élucider la question et à mettre à leur vraie place l'effet et la cause, à condition toutefois qu'il n'y ait point d'autre source d'erreurs, telles qu'un obstacle mécanique situé en dehors même du col; mais un praticien ordinaire sera toujours perplexe et souvent mis en défaut. De là des rigidités qui n'en sont pas, des incisions libératrices pratiquées inutilement sur le col, alors qu'il existe un rétrécissement pelvien ou une présentation vicieuse: j'ai vu un cas de ce genre tout récemment.

Chez les *primipares jeunes*, la rigidité de l'orifice est plus rare de beaucoup et est d'ailleurs soumise, à peu de chose près, aux considérations précédentes.

Reste enfin celle qui paraît tenir à un travail qui s'est établi *prématurément*, c'est-à-dire avant que le col n'ait subi le ramollissement gravidique complet. Il faut distinguer ici la période d'*effacement* du col de celle de *dilatation* de l'orifice; la première, à coup sûr, doit être nécessairement et est en réalité beaucoup plus longue (qu'on se rappelle ce qui se passe dans l'avortement); mais une fois qu'elle est arrivée à son terme, le gros œuvre est fait, et la dilatation de l'orifice qui succède à l'effacement ne saurait être sensiblement gênée, puisque la partie résistante du col, l'orifice interne et la région immédiatement voisine de lui ont été forcés dans la première phase. L'anneau qui borde maintenant l'orifice est souple et extensible, car il est consitué par les tissus du segment libre du col et du museau de tanche suffisamment ramollis et infiltrés dès les premiers mois de la grossesse.

Somme toute, pour conclure, je dirai d'une façon générale que la rigidité dite *anatomique*, celle qui tient à l'envahissement du col par un processus scléreux chez les très vieilles primipares, à une évolution physiologique incomplète chez les très jeunes primipares, à un ramollissement insuffisant et à une préparation imparfaite du tissu cervical, chez les femmes qui avortent ou accouchent prématurément, mérite à peine ce nom et paraît devoir se présenter très rarement. S'il en est souvent question, c'est en raison d'erreurs de nature diverse. J'ajouterai enfin que la véritable rigidité, celle qui répond à la description clinique de la rigidité anatomique, doit le plus souvent tenir à des processus véritablement *pathologiques* et fort différents, dont les causes sont connues pour la plupart. Il en est une cependant qui paraît avoir échappé jusqu'à ces derniers temps à la généralité des accoucheurs : je veux parler de la *syphilis*.

C. *Rigidité pathologique*. — Dans cette variété, la notion de cause apparaît rationnelle et indubitable. Je n'ai pas l'intention d'épuiser le sujet; loin de là, je me contenterai de quelques aperçus généraux pour me cantonner dans mon objet principal.

La rigidité pathologique reconnaît une étiologie variée.

D'abord, c'est encore la eclérose ou, sinon la sclérose, un œdème plus ou moins dur avec hyperplasie conjonctive ou infiltration plastique du tissu cervical. Cet état est le plus souvent lié à l'allongement hypertrophique ou au prolapsus utérin.

C'est parfois une néoplasie hypertrophique réelle dépendant ou non des conditions précédentes, généralisée ou localisée à une seule lèvre, généralement l'antérieure.

Tantôt ce sont des vestiges d'inflammation, de déchirure, etc., véritable tissu cicatriciel.

Cela peut être encore un néoplasme bénin ou malin : adénome, fibrome, sarcome, épithélioma, etc.

Enfin je trouve, dans une note recueillie par moi il y a quelques années et dont il m'a été impossible de retrouver la source, la syphilis et plus particulièrement les gommes comme cause productrice de rigidité pathologique du col. Il s'agit probablement d'une observation découverte par hasard dans quelque recueil périodique; mais on verra par la suite que cette idée acceptée par l'auteur inconnu est loin d'être courante et classique, car les livres n'en font point mention.

Je laisserai donc de côté les autres processus capables d'amener ce genre de dystocie appelée fort improprement *rigidité pathologique* du col, pour ne m'occuper que de la syphilis utérine.

Je commencerai par envisager ce qui se passe chez la femme non gravide; je passerai ensuite à la grossesse et à l'accouchement.

(A suivre.)

---

et a poursuivre obstinément l'exécution qu'il a consacré les quinze dernières années de sa vie et épuisé ses forces.

Le public médical lui-même ne peut se rendre compte de l'immense labeur que représentent ces quinze années; il faut, pour l'apprécier à sa juste valeur, avoir été, comme l'un de nous, le collègue de Fauvel au Comité consultatif d'hygiène; il faut avoir vu à l'œuvre ce travailleur acharné à sa tâche, sans autre souci que celui de bien servir son pays et poursuivant, sans repos ni trêve, le but élevé qu'il avait la généreuse ambition d'atteindre : rapports au Comité, rapports au ministre, correspondance avec les Conseils de santé, instructions à tous les agents du service sanitaire, en France et à l'étranger; rédaction et discussion de l'important règlement sanitaire de 1876, Fauvel suffisait à tout et tout était fait à son heure; enfin, au milieu des innombrables détails d'un service accablant, il trouvait encore le temps de prendre une part active à tous les Congrès internationaux d'hygiène, d'y faire entendre sa voix si autorisée et d'y jouer finalement un rôle toujours prépondérant.

Cependant notre collègue était parvenu à faire fonctionner le nouveau service quarantenaire; mais cela n'avait pas été sans luttes; ce service lésait bien des intérêts, il apportait surtout aux transactions commerciales des entraves gênantes. Mais, en dépit des obstacles, Fauvel, que soutenaient ses convictions profondes, basées sur une inébranlable confiance dans les données scientifiques fournies par une rigoureuse observation des faits, Fauvel ne s'était jamais découragé et les conclusions adoptées par la Conférence internationale de Vienne, en 1874, prouvèrent qu'il avait eu raison.

En convoquant ce Congrès sanitaire le gouvernement austro-hongrois avait eu pour but de faire étudier à nouveau l'étiologie et la prophylaxie du choléra; il semblait donc que, sur ces deux points, tout le travail de la Conférence de 1865 fût remis en question. Mais il était réservé à notre collègue de remporter là un double triomphe, en obtenant du Congrès la plus éclatante confirmation des doctrines qu'il avait fait prévaloir à Constantinople, et en ramenant à ces doctrines les savants étrangers qui s'en étaient montrés les adversaires les plus décidés.

Toutefois des esprits sceptiques ou seulement réservés se demandaient, et quelques-uns se demandent encore, si le nouveau système sanitaire, quelque rationnel et quelque bien conçu qu'il

RHINOLOGIE

DES CORPS ÉTRANGERS DU NEZ ET DES CONCRÉTIONS CALCAIRES, par G. CZARDA (de Prague).

Les corps étrangers, bien plus fréquents dans l'oreille, se rencontrent cependant assez souvent dans le nez. J'en ai observé 5 cas, 4 chez de jeunes garçons de 3 à 4 ans, 1 chez un homme de 32 ans, mais ici la présence d'un corps étranger dans le nez remontait à l'enfance. Deux fois l'affection était récente, trois fois il s'agissait de dépôts calcaires autour des corps étrangers, c'est-à-dire de rhinolithes. Le corps étranger siégeait trois fois à droite, deux fois à gauche.

Premier cas. — Enfant de 4 ans. Depuis plus d'un an, coryza avec obstruction du nez, spécialement du gauche qui donne issue à du muco-pus fétide et sanguinolent. Les injections avec différents liquides n'ont eu qu'une action passagère. Le père ne peut indiquer aucune cause au mal. L'enfant, d'une excellente santé, ne présente de pathologique que du muco-pus tombant du nez dans la gorge, un peu d'eczéma de la lèvre inférieure et du menton, et dans le nez gauche, au milieu du méat inférieur, principalement sur la cloison, des granulations vivaces et enclavant entre elles un corps grisâtre ayant l'aspect du mortier. La sonde produisait en le frappant un bruit sonore comme sur un sequestre. Traitement préliminaire : lavages avec l'eau boriquée. Le lendemain, l'odeur avait disparu et l'écoulement était moindre. Le corps étranger était plus petit et plus mobile. Avec une curette mousse courbée convenablement, je passai derrière lui et le fis sortir. J'arrêtai l'hémorrhagie en appuyant un tampon sur les granulations. Le rhinolithe avait pour noyau une boule d'ouate et un fragment de bouchon ; autour d'eux s'étaient déposés des sels de carbonate de chaux en abondance que l'injection avait entraînés en grande partie en rendant le corps plus mobile.

Poids, 7 grammes ; longueur, 13 millim. ; largeur, 1 centimètre ; hauteur, 7 millimètres.

Le père se rappela alors que l'enfant portait dix-huit mois auparavant une ceinture entourée de laine et qu'il en tirait constamment des brins qu'il s'enfonçait dans le nez malgré toutes les punitions.

L'arrêt de l'écoulement fut subit et les granulations disparurent en quelques jours.

Deuxième cas. — Enfant de 3 ans avec écoulement purulent par le nez droit. Les parents viennent consulter parce que les mouches, attirées par l'odeur, empêchent l'enfant de dormir. Nez gauche normal ; nez droit : narine rouge et gonflée ; du pus séreux s'en écoule et elle est en partie houchée par des croûtes ; eczéma suintant de la lèvre supérieure ; l'enfant ne peut se moucher de ce côté. Ouïe affaiblie à droite. Après nettoyage, je trouve, au milieu de végétations abondantes siégeant sur la cloison et le plancher, un corps étranger de couleur brune, un peu excavé et recouvert en partie de concrétions blanches. J'introduisis alors un petit crochet dans la gouttière qu'il présentait et retirai le corps étranger qui occupait le deuxième tiers du méat inférieur. L'hémorrhagie s'arrêta après une irrigation avec de l'eau tiède (1) par le tamponnement antérieur. Je me convainquis ensuite avec le stylet qu'il n'y avait pas de second corps étranger, remarque importante principalement pour les corps étrangers de l'oreille. Les granulations furent cautérisées plusieurs fois, et en quelques jours la guérison était complète.

Le corps étranger était constitué par la moitié d'un noyau de prune fortement incrusté de matières calcaires.

—Le *troisième* et *le quatrième cas* concernaient encore des enfants de deux à trois ans. L'un d'eux s'était introduit la veille dans le nez droit un pois qui en dix-huit heures avait beaucoup gonflé. L'aile du nez était notablement écartée et dans la narine on trouvait un segment de corps jaunâtre, arrondi et dur. La tête étant bien fixée, j'introduisis *sous* le corps étranger une curette et, prenant un point d'appui sur le bord inférieur de l'ouverture pyriforme, en abaissant le manche de la curette tandis que je refoulais la pointe du nez, je fis bientôt sortir par des mouvements de levier le corps étranger constitué par un pois triplé de volume. Pour empêcher l'infection et l'inflammation, j'injectai de l'eau boriquée par le nez gauche ; elle revint largement par le nez droit, preuve que les fosses nasales étaient complétement libres.

—Dans le *quatrième cas*, le père avait remarqué que son enfant avait depuis quinze jours le nez gauche houché, ce qu'il avait attribué à un rhume de cerveau jusqu'au moment où un examen du nez tourné vers la fenêtre lui avait fait découvrir un corps blan-

(1) On emploie souvent l'eau très froide, au grand dommage de l'oreille dans laquelle l'eau peut pénétrer, surtout dans le cas d'obstacle à sa sortie du nez. On sait pourtant par la gynécologie que l'eau assez chaude contracte les vaisseaux. Une deuxième erreur est le tamponnement avec la sonde de Belloc. Ce tamponnement, dans l'état actuel de la rhinoscopie, n'a pas plus de sens que dans le cas d'hémorrhagie du pharynx nasal ; on l'effectue alors avec le cathéter élastique ou avec la pince courbe d'après le procédé de Voltolini. Dans les autres cas, il suffit de faire un tamponnement antérieur sous le contrôle de la rhinoscopie.

paraisse, a reçu la plus importante des consécrations, celle du succès.

Eh bien, Messieurs, on ne saurait trop le redire, ni le proclamer trop haut ; oui, le succès a couronné tant de luttes et d'efforts, car, si pendant dix-sept ans la France et l'Europe ont été préservées du choléra, c'est aux mesures de prophylaxie instituées sur la route maritime de l'Inde par l'invincible persévérance de Fauvel qu'elles ont dû ce bienfait ; et comme si rien ne devait manquer à la démonstration de ce fait si glorieux pour la mémoire de notre collègue, les hasards de la politique et de la guerre sont venus fournir une contre-épreuve inattendue, contre-épreuve terrible dont l'Égypte a cruellement souffert en 1883, dont la France et l'Europe à sa suite subissent depuis plus de cinq mois les désastreux effets, mais contre-épreuve bien décisive puisqu'il a suffi que les règlements sanitaires dont l'Égypte et l'Angleterre avaient la garde, aient été méconnus pour que le fléau ait, de nouveau, envahi le bassin méditerranéen.

Mais ce que Fauvel avait voulu, ce n'était pas seulement préserver du choléra les générations actuelles, c'était aussi assurer la sécurité des générations à venir contre tous les typhus exotiques, en créant une branche nouvelle de l'hygiène publique, l'*hygiène internationale* ; il en a été le véritable initiateur, depuis elle a été consacrée par de nombreux congrès et elle lui survivra, parce qu'elle a appris aux nations civilisées quelle force elles peuvent tirer d'une étroite solidarité pour arrêter les fléaux dont les menacent les endémies pestilentielles de la Mésopotamie, de la Perse, de l'Inde et des deux Amériques.

Voilà, Messieurs, ce qu'a été la vie scientifique de Fauvel et tout le monde ici reconnaîtra qu'il est donné à bien peu d'hommes de rendre à la science et à l'humanité des services aussi éclatants que ceux qui viennent d'être rappelés ; ils sont de ceux qui assurent un nom contre l'oubli et ils feront vivre celui de Fauvel à côté de ceux des plus illustres d'entre nous.

Mais si notre Académie, qui avait tenu à honneur de l'appeler depuis longtemps dans son sein, si l'Institut, qui, deux fois, à quelques années d'intervalle, lui avait décerné les plus hautes récompenses dont il puisse disposer, comme pour indiquer d'avance ses titres à une récompense nationale ; enfin si les savants étrangers eux-mêmes reconnaissaient les glorieux états de service de notre collègue, peut-être n'a-t-on pas connu assez, en dehors du monde

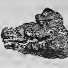
châtre. Ce corps étant mou et un peu élastique au stylet, je l'enlevai avec la petite pince à griffes. Il était de la grosseur d'un haricot et était constitué par un fragment de bouchon.

— Le *cinquième cas*, le plus intéressant, est celui d'un homme de 32 ans dont le nez droit était bouché depuis longtemps. Le jour, rien de particulier; mais la nuit, s'il se couchait du côté droit, ce qu'il évitait toujours, il éprouvait une sensation de chatouillement plutôt que de douleur, avec excitation notable, agitation, anxiété, palpitations, etc., bref les symptômes que l'on observe souvent dans la neurasthénie (1).

Plus tard, le malade ajouta que 14 mois auparavant il avait été pris, par suite d'un chatouillement dans le nez, d'un accès de toux et qu'au milieu de nausées il avait rendu une croûte assez dure : la toux n'était pas revenue. Après examen de la croûte (non du nez), le médecin avait prescrit des lavages avec un irrigateur plein d'eau simple; mais le malade, remarquant que le bouchage augmentait à la suite, les avait abandonnés.

Rien dans l'état général ne pouvant m'expliquer ces symptômes, je passai à l'exploration locale du nez, de la bouche, du larynx, du pharynx et de l'oreille. Le nez seul présentait des lésions. Dans la fosse nasale droite, derrière une épine cartilagineuse, due à la déviation de la cloison, je trouvai le méat inférieur rempli par un corps étranger analogue à du mortier. Les cornets moyen et inférieur étaient comme atrophiés par refoulement. Le corps étranger, qui se trouvait derrière l'épine cartilagineuse, entre la cloison et le cornet inférieur, s'étendait jusqu'au méat moyen. Ce corps rugueux et d'une couleur brun verdâtre avait la dureté et l'aspect d'une pierre, et offrait un peu de mobilité, perceptible même pendant les mouvements d'inspiration.

A l'aide d'un bon éclairage, j'enlevai quelques saillies du rhinolithe avec la pince, mais je m'aperçus qu'il avait la forme d'un coin à base tournée vers la choane (2) et qu'il serait difficile, surtout à cause de l'éperon, de le faire sortir sans le morceler. Or l'ablation des stalactites ayant été très désagréable au malade, je craignis qu'une lithotripsie énergique ne fût pas supportée et je recourus au refoulement avec la sonde en recevant le corps



étranger avec le doigt en arrière pour qu'il ne fût pas avalé. Cette manœuvre réussit parfaitement. Le corps avait 26 mm. de long, 12 mm. de large, 18 mm. de haut; il pesait près de 25 grammes et contenait en son centre, vers sa partie la plus large, un noyau analogue à une baie de genièvre. D'après l'épaisseur des concrétions, on peut supposer que son introduction remontait à l'enfance. Tous les troubles mécaniques et nerveux disparurent aussitôt.

(A suivre.)

(1) Depuis plusieurs années, je demande à *tous* mes malades de quel côté ils se couchent de préférence. J'ai observé qu'un grand nombre d'individus se couchent instinctivement du côté qui, pour des raisons anatomiques ou pathologiques, est le moins perméable à l'air. En se couchant du côté le plus large, il survient souvent des rêves, de l'agitation, des palpitations, ce côté venant à se rétrécir lui-même par une sorte d'hypostase.

(2) Orifice postérieur des fosses nasales.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Sur le traitement du choléra.

Suite et fin. — Voir les numéros 47 et 48.

La question étant posée en ces termes, voyons d'abord quels remèdes on a proposés et employés contre une des manifestations les plus précoces de la déshydratation du sang, les crampes — (qu'on peut comparer aux accidents tétaniques signalés chez des malades, affectés d'une dilatation de l'estomac, auxquels par le pompage on venait de soutirer brusquement une grande quantité de liquide, d'où transsudation du sérum sanguin dans l'estomac et deshydratation du sang). Les crampes, chez les cholériques, ont été combattues par des moyens très divers : frictions sèches avec de la flanelle, frictions avec l'alcool camphré, le liniment ammoniacal camphré, le baume oppodeldoch, le chloroforme, l'essence de térébenthine; applications de chaleur sous forme de briques chauffées, de linges chauds; applications d'armatures de cuivre (Burq). L'essentiel est que ces moyens soient employés avec persévérance.

Contre les crampes du diaphragme, qui donnent lieu à une angoisse épigastrique extrêmement pénible, Récamier, et plus récemment Fabre de Marseille, ont préconisé l'application sur le creux de l'estomac d'une flanelle térébenthinée qu'on repasse avec un fer chaud. Dans les mêmes circonstances, M. Cuneo a obtenu d'excellents résultats en fai-

savant, de quels bienfaits le pays lui était redevable et c'est sans doute à cette ignorance ou à cette indifférence du public que Fauvel songeait lorsque, quelques jours à peine avant sa mort, il en appelait du temps présent à l'avenir pour que justice lui fût rendue.

Evidemment la population qu'affolait naguère l'invasion du choléra et qu'affligent encore ses cruelles atteintes, n'a pas su que si, pendant de longues années, de pareils désastres lui ont été épargnés, c'est grâce à l'initiative, à l'ardeur, à la fermeté de l'inspecteur des services sanitaires; elle ignore que l'oubli seul de ses instructions si sages et si précises a pu déchaîner le fléau sur la France et sur l'Europe.

Peut-être aussi les pouvoirs publics ont-ils été trop tardivement éclairés sur l'importance des victoires remportées, au nom de la France, par cet honnête et vaillant homme, victoires pures entre toutes, car elles n'ont coûté ni sang ni larmes. Aussi, heureux serions-nous si, en évoquant à cette tribune le souvenir d'une vie si désintéressée, si bien remplie et absolument dévouée à la science et à une œuvre de salut public, nous pouvions éveiller de nouveau l'attention sur elle et faire étendre plus largement sur la famille de Fauvel les effets des hautes sympathies qu'a de suite fait naître en sa faveur l'irréparable malheur dont elle vient d'être frappée.

École pratique des Hautes-Études. — Le laboratoire d'enseignement de botanique (organographie et physiologie végétales), dirigé par M. le professeur Ph. van Tieghem, sera ouvert pendant le premier semestre de l'année scolaire 1884-1885, tous les jours, de 11 heures à 4 heures, excepté le lundi et le mardi, du 1er décembre 1884 au 1er avril 1885. Pendant le second semestre, du 1er avril 1885 à la fin de l'année scolaire, il sera ouvert seulement le jeudi et le vendredi aux mêmes heures.

Une leçon pratique aura lieu chaque jeudi, à 9 heures du matin, pendant la durée du cours qui commencera le samedi 29 novembre. Quant au laboratoire de recherches, il est ouvert tous les jours et toute l'année.

Les élèves qui désirent prendre part aux travaux sont priés de se faire inscrire à l'avance au laboratoire, 63, rue de Buffon.

sant aux cholériques une injection sous-cutanée de chlorhydrate de morphine (1/2 centigramme) et de sulfate d'atropine (1/4 de milligramme). L'injection était faite au creux de l'épigastre. Le médecin de Toulon a eu également à se féliciter de l'emploi des injections d'éther pratiquées au siége des contractures, dans les cas de crampes des membres, des mollets en particulier. Ce moyen réussissait quand tous les autres étaient en défaut.

Pour stimuler la circulation défaillante, conséquence des pertes séreuses profuses, on a en recours à des moyens très divers :

En premier lien, aux excitante cutanés. Nous venons d'énumérer nn certain nombre de pratiques (frictions, applications excitantes, etc.) qui répondent à cette indication. D'autres, l'urtication, le bain sinapisé, l'application du marteau de Mayor, l'enveloppement dans le drap mouillé, méritent également une mention spéciale. A l'intérieur, on prescrit les substances qualifiées d'excitants diffusibles : thé, punch, chartreuse, éther, et surtout l'acétate d'ammoniaque. A propos de ce dernier médicament, dont il a été fait un large usage chez les cholériques traités à l'hôpital de la marine de Toulon, associé à l'éther, M. Grasset (de Montpellier) a fait la remarque suivante : c'est qu'en sus de son action excitante, l'ammoniaque possède une action fluidifiante qui s'exerce snr le sang et qui n'est pas à dédaigner dans une maladie où l'épaississement de ce liquide constitue, à un moment donné, le danger capital. Seulement on doit craindre que l'ammoniaque, introduite dans l'estomac, se transforme en sel et ne puisse dès lors pénétrer en nature dans les vaisseaux. C'est pourquoi M. Grasset se demande si, dans les cas de choléra très grave, il n'y aurait pas lieu de tenter l'emploi des injections intraveineuses d'ammoniaque, ainsi que cela se fait à la suite des morsures de serpents venimeux (1).

Pour stimuler les contractions du cœur et combattre les progrès de l'algidité, on a eu recours encore aux injections d'éther. Les résultats obtenus à Toulon ont été peu satisfaisants; quelquefois les injections d'éther ont paru provoquer l'état comateux qu'elles étaient appelées à prévenir. M. Cuneo a été plus heureux avec les injections de sulfate d'atropine pratiquées au creux épigastrique, à la dose d'un demi-milligramme d'abord, puis de 1 milligramme; cette dose était répétée jusqu'à quatre et cinq fois dans les vingt-quatre heures.

On a cherché à atteindre le même but à l'aide des inhalations d'oxygène. Cette tentative, inaugurée il y a quarante ans, a été reprise à l'hôpital maritime de Toulon, lors de la dernière épidémie. Les inhalations d'oxygène étaient répétées toutes les demi-heures, par séances de une à deux minutes de durée. « Sous l'influence de l'oxygène ainsi administré, dit M. Cunéo (2), six malades que nous considérions comme désespérés ont été véritablement ressuscités; le pouls qui avait disparu est devenu d'abord sensible, puis s'est développé; la température périphérique s'est élevée d'une manière manifeste, la peau a perdu sa cyanose et s'est colorée en rose. Dans quelques cas, la réaction est devenue assez énergique pour qu'on songeât à la modérer. » Mais l'auteur de ces lignes s'empresse d'ajouter qu'il n'a pas toujours été aussi heureux; « souvent la réaction n'a été qu'éphémère et a été en vain poursuivie ». M. Cunéo est d'avis que l'emploi des anesthésiques est indiqué dans les cas de choléra asphyxique et contre-indiqué dans les cas de choléra grave, où il n'y a ni cyanose ni refroidissement, mais seulement de la pâleur et de la somnolence avec subdélirium. M. Hayem présume que les inhalations d'oxygène seront surtout utiles pour combattre le vomissement, à en juger par les résultats obtenus dans d'autres circonstances, par exemple dans le traitement des vomissements incoercibles dépendant de la grossesse.

A côté de ces moyens d'une valeur purement symptomatique, il y a ceux qui visent à remédier directement à la déshydratation du sang, à rendre au contenu des vaisseaux sa fluidité et sa composition normales. On a cherché à atteindre ce résultat de trois façons différentes : au moyen des boissons administrées à hautes doses; par des injections de liquide poussées dans des cavités séreuses (péritoine) ou dans le tissu cellulaire sous-cutané; par les injections intra-veineuses de solutions alcalines.

Le traitement du choléra par les boissons aqueuses à hautes doses a été préconisé dans ces derniers temps par M. Netter (de Nancy). La GAZETTE MÉDICALE a publié sur la question deux articles dus à la plume de ce distingué collaborateur. Nous n'avons donc pas à insister plus longuement sur les avantages attribués par M. Netter à cette médication. Nous nous permettrons seulement une double remarque : c'est d'abord que dans les grands centres de population comme Paris, où il est avéré qu'une partie de l'eau destinée aux usages alimentaires est chargée de souillures et d'immondices, la prudence la plus élémentaire commande qu'on n'utilise, pour le traitement par les boissons à hautes doses, que de l'eau préalablement bouillie. La seconde remarque nous est dictée par des considérations purement théoriques, mais dont il n'est pas possible de nier la valeur. La spoliation qu'éprouve le sang par le fait de la transudation d'une énorme quantité de sérosité à la surface de l'intestin porte presque exclusivement sur l'eau et les sels. Les boissons aqueuses ne peuvent rendre au sang que le premier de ces deux éléments constitutifs. En principe, il est donc préférable d'avoir recours aux moyens propres à restituer au sang à la fois l'eau et les sels qui lui ont été soustraits. M. Netter, il est vrai, assigne à ce traitement par les boissons aqueuses un autre rôle dont nous n'avons pas encore parlé, celui de débarrasser la muqueuse de l'intestin de l'enduit épithélial qui la recouvre dans une grande épaisseur, et de rétablir ainsi la filtration des liquides. Il convient d'ajouter que M. Netter ne repousse nullement l'emploi des autres moyens destinés à remédier à l'épaississement du sang. C'est ainsi qu'il reconnaît la nécessité de recourir aux injections intra-veineuses de liquide, quand le malade est en état d'algidité; c'est ainsi qu'un des premiers il a proposé la substitution des injections d'eau dans le péritoine aux injections intra-veineuses.

Cette idée d'injecter le liquide dans le péritoine ou dans le tissu cellulaire sous-cutané est venue de la difficulté qu'on éprouve parfois, chez les personnes très grasses, à mettre à nu une veine superficielle dans le but d'y introduire du liquide. M. Hayem, en France, M. Riva, en Italie (1), se sont basés sur des expériences de laboratoire pour recommander l'emploi des injections intra-péritonéales; Cantani (2) dès

(1) GRASSET, *loc. cit.*, p. 44.
(2) CUNEO, *loc. cit.*, p. 60-61.

(1) H. RIVA. GAZETTA DEGLI OSPITALI, 12 septembre 1883.
(2) CANTANI. LA SALUTE-ITALIA MEDICA, 1884, n° 10.

1865, Samnel (1), Michael (2), Oser (3), Loebl (4) en ont fait autant pour les injections sous-cutanées de solutions alcalines.

On a objecté, avec la meilleure logique du monde, qu'à la période algide du choléra, lorsque le sang ne circule plus dans les réseaux périphériques, il fallait s'attendre à ce que des liquides injectés dans le péritoine ou sous la peau ne seraient point résorbés, ne parviendraient point jusque dans les vaisseaux.

Restent les injections intra-veineuses ; cette pratique, qui remonte à l'époque des premières apparitions du choléra en Europe, a traversé des phases alternatives de vogue et de défaveur. On s'explique qu'il en ait été ainsi, quand on pense que l'emploi des injections intra-veineuses chez des cholériques à toute extrémité a été suivi un certain nombre de fois d'une véritable résurrection, que ces succès étonnants, escomptés avec trop d'enthousiasme, ont fait attribuer aux injections intra-veineuses une efficacité souveraine qui ne leur appartient pas. C'est un mode de traitement d'une utilité incontestable, dont l'emploi s'impose dans les cas graves, à la période algide, lorsque le sang cesse de circuler pour des raisons en quelque sorte mécaniques. Encore ne faut-il pas se faire d'illusions sur sa valeur réelle et s'attendre à le trouver souvent infructueux, comme tous les remèdes auxquels on a recours en cas de péril extrême. Constatons que dans le cours de la dernière épidémie les injections intra-veineuses n'ont pas rencontré grande faveur auprès des médecins français. Il semble que ces préventions sont partagées en partie à l'étranger, si on en juge par une discussion qui s'est élevée naguère au sein de la Société de médecine interne de Berlin (5). Constatons encore que les injections intra-veineuses ont été employées chez bon nombre des cholériques traités pendant les deux derniers mois dans le service de M. Hayem (6) et que les résultats obtenus ont été relativement très satisfaisants. Il s'agissait de malades pour la plupart détériorés par l'alcoolisme, par les progrès de l'âge, par une mauvaise hygiène antérieure. Sur une centaine environ, vingt ont été arrachés à la mort, tandis que tous les autres cholériques du service de M. Hayem, qui n'ont pas été traités par les injections intra-veineuses, ont succombé. M. Hayem a insisté sur ce que, pour obtenir de ce procédé de traitement des résultats aussi favorables que possible, il faut y recourir non pas comme ressource ultime, mais dès le début de la période algide. Il a insisté sur la nécessité d'injecter de grandes quantités de liquide. Celui-ci doit être alcalin. M. Hayem s'est servi d'une solution contenant 10 grammes de chlorure de sodium et 8 grammes de sulfate de soude pour 1,000 grammes d'eau. La solution était portée à la température de 38 degrés. L'injection durait de 12 à 15 minutes. Elle était faite avec un injecteur composé d'une poire en caoutchouc et de deux tubes dont l'un plonge dans la solution, l'autre portant la canule. Faisons remarquer que l'injection dans les veines d'une solution alcaline répond à une indication dont nous n'avons pas parlé encore et qui est de combattre l'acidité du sang, dont l'existence a été reconnue chez les cholériques par M. Straus et ses collaborateurs. Or la réaction acide du sang est incompatible avec le maintien de la vie.

En somme, si rationnelle qu'elle soit en principe, la pratique des injections intra-veineuses ne constitue pas une médication infaillible. Il est entendu que nous ne connaissons pas à l'heure présente de spécifique contre le choléra. Cela nous dispense d'insister sur une foule de remèdes qu'on a proposés comme tels, les préparations cupriques par exemple. Le cuivre peut être un excellent préservatif du choléra, c'est une question que nous n'avons pas à discuter ici. A l'état de sulfate, c'est un antizymotique qui rend de bons services pour la désinfection des selles des cholériques. Mais les préparations de cuivre ne guérissent pas le choléra.

Il nous reste à dire quelques mots sur le traitement du choléra à la période de réaction. Ce traitement se réduit à modérer la fièvre et l'éréthisme vasculaire au moyen du sulfate de quinine et des lotions froides, des bains tièdes au besoin, et à combattre les congestions viscérales au moyen des révulsifs cutanés. Enfin il faut veiller à l'alimentation des malades, et cela aussi bien avant que pendant cette période de réaction. Le lait glacé, le bouillon froid additionné de jus de viande, les gelées, les vins généreux, feront la base de cette alimentation. Fabre de Marseille conseillait de prescrire à cette période des préparations arsenicales associées au quinquina.

P. S. — Cet article était composé lorsque nous avons eu connaissance d'une communication préalable du professeur Cantani (de Naples) sur le traitement du choléra par les injections d'acide tannique dans le gros intestin. Ce mode de traitement mérite d'être signalé, parce que, expérimenté sur des centaines de cholériques, il a donné des résultats remarquables au dire du célèbre clinicien que nous venons de nommer. Voici en quoi consiste ce traitement, qui s'adresse surtout à la diarrhée prémonitoire, mais aussi à la diarrhée de la période d'état :

On injecte dans le gros intestin et très haut (jusqu'à trois et quatre mètres au-dessus de l'orifice anal) une solution d'acide tannique dont voici la formule :

Rec.	Eau chaude (préalablement bouillie).	2,000 grammes.
	Acide tannique	5 à 10 —
	Gomme arabique	50 —
	Laudanum	XXX à L gouttes.
M.		

MM. Paolucci et Perli conseillent de remplacer l'eau simple par une infusion de camomille.

Nous avons dit que M. Rabuteau préconisait contre la diarrhée du choléra l'emploi des tanniques, à cause de leurs propriétés antizymotiques. C'est pour les mêmes raisons que Cantani a eu l'idée de recourir à l'emploi de l'acide tannique.

E. Ricklin.

(1) Samuel. Berliner klinische Wochenschrift, 1884, no 28.
(2) Michael. Deutsche medicin. Wochenschrift, 1883, nos 39 et 50.
(3) Oser. Wiener medicin. Blaetter, 1883, n° 45.
(4) Loebl. Ibidem, 1884, no 31.
(5) Voir Compte rendu général des Académies et Sociétés médicales, 1884, no 30, p. 310.
(6) Ibidem, n° 47, p. 493.

REVUE DES JOURNAUX ANGLAIS

La phthisie.

I. Étiologie de la phthisie, par J. Andrew.

Les médecins anglais, qui vont tous étudier en Allemagne, ont été des premiers à accueillir la découverte de Koch et à

admettre le bacille de la tuberculose, alors qu'on le connaissait à peine en France. Mais il s'en faut que les conséquences pathogènes de ce microbe soient adoptées par tous, et de nombreuses protestations se sont élevées au nom de l'observation clinique.

M. J. Andrew (1) a fait une série de leçons dans lesquelles il examine la question de savoir si la phthisie est ou non contagieuse.

Pour lui, il le déclare nettement dès le début, tout en reconnaissant les services que peut rendre la microbiologie, il est sur ce terrain *anti-contagioniste*.

Un des principaux arguments des contagionistes est l'introduction de la phthisie chez des peuples qui en étaient indemnes avant leur contact avec les Européens.

Pour l'Amérique, ce fait n'est rien moins que prouvé, car les pleurésies et pneumonies notées de tout temps pouvaient bien compter des cas de phthisie mal observés. Pour l'Afrique, la phthisie existe sur les côtes où abordent les Européens, et pas dans l'intérieur du continent; et pourtant ce centre africain est sillonné depuis des siècles par des caravanes qui sont, on ne le sait que trop, un excellent moyen de transport pour toutes espèces de germes. Il faut qu'il y ait là un facteur encore inconnu.

L'apparition de la phthisie dans certains pays indemnes jusque-là est du reste parfaitement explicable par les changements des conditions hygiéniques, de la nourriture, des vêtements, etc., qui sont aussi bien favorables au développement d'une diathèse qu'à l'acclimatement d'un germe.

Les climats, l'altitude, l'humidité du sol, sont des conditions de développement bien connues.

Les occupations professionnelles peuvent être nuisibles en tant que mauvaise hygiène, et prédisposent à bien d'autres affections que la phthisie.

Quant aux causes prédisposantes individuelles, l'hérédité, les diathèses acquises, le sexe, l'âge, toutes agissent en dehors des conditions extérieures et n'ont rien à voir avec la contagion.

M. Andrew reconnaît comme prouvé le bacille de Koch, et regarde la phthisie comme une maladie spécifique causée par un micro-organisme; mais ce qu'il n'admet pas, c'est sa propagation par contagion directe ou non.

Il fait un intéressant rapprochement entre la phthisie et la malaria, quant à la distribution géographique, l'influence des constitutions, du mode d'existence, des manifestations à longue échéance, etc., et pense que l'une comme l'autre de ces maladies est due à la présence d'un micro-organisme vivant extérieurement à l'homme et pouvant s'inoculer dans certaines conditions sans être communicable d'un individu à l'autre.

Les conséquences pratiques de ces théories sont que la phthisie comme l'impaludisme doit disparaître devant les travaux d'assainissement, le drainage du sol, la ventilation des habitations; dès lors, l'isolement des tuberculeux est inutile, et il sera au contraire indiqué d'envoyer les phthisiques dans des pays où le chiffre de la mortalité par tuberculose est le moins élevé.

II. Relations causales de la phthisie, par M. R. Douglas Powell (2).

M. D. Powell n'est pas non plus contagioniste; il en revient à la théorie de Niemeyer, aux inflammations du parenchyme pulmonaire préparatoires de l'évolution tuberculeuse.

Si la phthisie est une maladie zymotique, dit-il, elle doit être, dans certaines conditions, communicable et contagieuse. Ces conditions sont-elles les lésions qui ont été regardées jusqu'à présent comme le premier stade de la phthisie? Il n'y a plus alors qu'un changement de nomenclature à faire pour mettre d'accord la clinique et l'expérimentation. Mais si, au contraire, c'est une maladie qui peut se communiquer directement d'un individu à un autre, l'accord devient tout à fait impossible entre les faits observés et les théories expérimentales.

La phthisie commence souvent par des symptômes de catarrhe aigu, d'inflammations locales, qui peuvent aboutir à des lésions ulcératives du poumon. Ces lésions déterminent le siège de la maladie; elles doivent en général être imputées à une susceptibilité constitutionnelle ou acquise, augmentée d'une cause d'excitation, le froid, la poussière, etc. Enfin le microbe vient se greffer sur ces lésions primitives et leur donner leur caractère de malignité, mais ne peut à lui seul expliquer la nature des désordres qu'on observe.

Il faut bien remarquer d'ailleurs que jamais, dans le personnel nombreux médical ou domestique des hôpitaux spéciaux de phthisiques, on n'a observé de cas de contagion.

III. Contagion de la phthisie, par M. J. Henry Bennet (1).

M. H. Bennet n'est pas aussi éloigné d'admettre la contagion; les expériences modernes aussi bien que l'observation clinique montrent des faits qui semblent irréfutables. Cependant il est évident que si la phthisie est contagieuse, elle l'est à un faible degré, étant données les nombreuses occasions de contage et la rareté des faits positifs.

En tout cas, que cette contagion ait lieu par le bacille ou non, il faut se mettre dans les meilleures conditions pour offrir le moins de prise possible au germe; or les analyses de l'air montrent que la mer est un des meilleurs purificateurs atmosphériques qui existent. Son voisinage assure les conditions hygiéniques les plus favorables, et il préfère, quant à lui, le séjour au bord de la mer, où les phthisiques peuvent aspirer nuit et jour un air purifié de germes, au séjour des montagnes même les plus saines, car ici les micro-organismes peuvent s'accumuler par le séjour des malades, au lieu de se détruire comme cela a lieu sur les côtes.

Raymond Durand-Fardel.

BIBLIOGRAPHIE

Théorie nerveuse de la goutte, par Dyce Duckworth. Traduit de l'anglais par le docteur A. Sordes.

On ne saurait nier la connexité qui existe entre les manifestations de la goutte et l'excès d'acide urique dans le sang; mais l'acide urique et les urates peuvent exister dans le sang sans produire la goutte et sans en être le résultat. Garrod lui-même reconnaît que sa théorie est insuffisante à expliquer tous les phénomènes de cette maladie. Le lien qui unit ces divers accidents devient évident si on cherche leur cause dans le sys-

(1) British medic., avril 1884.
(2) British med. Association, 1884.

(1) British medic. Journ., oct. 1884.

tème nerveux, et l'auteur est amené à considérer la goutte comme une tropho-névrose.

Il rappelle d'abord que, avant lui, Laycock et Cullen ont professé cette doctrine.

Comme plusieurs névroses, l'angine de poitrine, l'asthme, l'épilepsie, etc., les affections gontteuses ont une invasion soudaine; elles sont paroxystiques et périodiques. Parmi les symptômes nerveux, on doit remarquer les perversions sensorielles parfois observées, la souffrance hors de tonte proportion avec l'état inflammatoire, le caractère douloureux que, sous l'influence de la goutte, prennent d'autres maladies, le cancer par exemple; il fant signaler aussi les grincements de dents, le somnambulisme, les crampes, le priapisme, et enfin les diverses névralgies, surtout la névralgie occipitale. Les causes qui provoquent les paroxysmes démontrent encore l'origine de la maladie : exercices violents, émotions, chagrins, excès de tout genre. Dans le plus grand nombre de cas, accidents propres à déprimer la puissance nerveuse. Les doctrines humorales ne sauraient expliquer les nombreux faits de métastase et il faut bien admettre qu'une influence nerveuse peut seule produire la mobilité du mouvement inflammatoire.

L'arthrite goutteuse se rapproche beaucoup des arthropathies d'origine franchement spinale, et l'auteur rappelle qu'il a été décrit un centre trophique des articulations dans la moelle allongée. D'autre part, il insiste sur les rapports qui existent entre la goutte et le diabète; la glycosurie se montre fréquemment dans les familles goutteuses et les deux affections peuvent alterner chez le même sujet; or personne ne conteste l'existence d'un centre glycosurique dans le bulbe. Considérant cette connexité avec les arthropathies spinales et le diabète, le docteur Duckworth est conduit à émettre cette proposition « que la portion du système nerveux, spécialement préposée au mode d'action irrégulier reconnu pour la goutte, est également située dans la moelle allongée ». Dans une préface à ce travail, le professeur Ball reproche à l'auteur d'avoir voulu localiser sur un point limité une maladie essentiellement générale et qui restera le type le plus achevé des diathèses.

PAUL DALCHÉ.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE.

TRAITEMENT DES DYSPEPSIES. — Il n'est certes pas de maladie pour laquelle on ait proposé un plus grand nombre de traitements que pour la dyspepsie. La fréquence de cet état pathologique, les troubles de nutrition qui en sont toujours la conséquence, expliquent l'importance qu'attachent à cette question tous les praticiens.

Parmi ces traitements, la médication chlorhydro-pepsique, introduite depuis quelque temps dans la thérapeutique, a donné des résultats si remarquables et si évidents, elle a permis de guérir un si grand nombre de dyspepsies rebelles à tout moyen thérapeutique, que l'un des expérimentateurs terminait une série d'observations en disant que dans l'état actuel de la science, la médication chlorhydro-pepsique constituait le traitement le plus efficace et le plus rationnel des dyspepsies.

Voici l'idée théorique qui a guidé M. Grez dans ses recherches :

La dyspepsie, qu'elle soit essentielle ou symptomatique, est toujours la conséquence d'un trouble sérieux dans l'équilibre des fonctions digestives. Étant admis que la digestion à l'état normal nécessite deux éléments essentiels, des ferments digestifs qui transforment les aliments en substance assimilable et des mouvements destinés à faciliter cette action chimique, si ces facteurs viennent à manquer, la digestion est ralentie; telle est l'origine de la dyspepsie.

Ces considérations étiologiques indiquent bien nettement que le traitement de cette affection doit avant tout remédier à ces causes essentielles des dyspepsies. C'est le but qu'a poursuivi, et si heureusement atteint, M. Grez. S'inspirant des découvertes physiologiques, il est parvenu à combiner la pepsine à l'acide chlorhydrique, l'acide du suc gastrique. Ce nouveau ferment constitue la base de la médication chlorhydro-pepsique dont l'action eupeptique est complétée par les amers qui stimulent la vitalité de l'appareil digestif.

L'expérience clinique est venue démontrer la puissance thérapeutique de ce traitement, et les nombreuses observations de MM. Archambault, Bouchut, Fremy (de l'Hôtel-Dieu), Gubler, Huchard, Lucas-Championnière, Troisier, Marchand, etc., etc., sont venues mettre hors de doute l'efficacité de cette médication et son action rapide.

Il n'est pas nécessaire d'insister sur les cas dans lesquels ce traitement doit être ordonné; il est indiqué toutes les fois que le suc gastrique fait défaut et dans toutes les maladies qui ont pour cause un mauvais fonctionnement de l'appareil digestif.

Les expérimentateurs ont donné la préférence à la forme liquide; c'est, d'ailleurs, sous cette forme que la pepsine chlorhydrique possède le pouvoir digestif le plus énergique. L'élixir chlorhydro-pepsique Grez n'est autre qu'une solution amère contenant 50 centigrammes de pepsine par cuillerée à bouche. A moins d'indications spéciales, cette préparation se donne aux adultes à la dose d'un verre à liqueur, et aux enfants 1 à 2 cuillerées à dessert.

En terminant, nous rappellerons les succès si remarquables de cette médication dans le traitement des troubles gastro-intestinaux des enfants, les vomissements de la grossesse, résultats qui expliquent bien la place importante qu'a prise cette préparation dans la thérapeutique.

(UNION MÉDICALE.) Dr A. GERMOND.

CORRESPONDANCE

Monsieur le directeur,

J'avais espéré pouvoir me tenir à l'écart de la polémique qui s'est engagée autour de la question de l'internat des femmes.

Je n'avais même pas voulu relever les inexactitudes plus ou moins volontaires qui se sont fait jour dans la presse et jusque dans les discours de nos adversaires; mais, ayant appris que notre silence était interprété contre l'honnêteté de notre cause, je considère comme un devoir de donner aujourd'hui un démenti à ces attaques.

On prétend que nous avons pris un *engagement formel* de ne jamais profiter du titre d'externe pour demander le concours de l'internat. Or *jamais, jamais* pareil engagement n'a été pris, ni même demandé.

Pour ce qui est d'un arrêté préfectoral de 1882 nous refusant le droit au concours de l'internat, l'administration a toujours obstinément refusé de nous montrer les articles de ce règlement, articles qui auraient dû être affichés.

Nous ne pouvions donc faire autrement que d'en nier l'existence.

D'ailleurs la décision du Conseil de surveillance de juillet 1884, autorisant les femmes à concourir pour l'internat, a annulé toute décision prise antérieurement par ce Conseil.

Quant à moi, je tiens à protester de ma parfaite bonne foi, et, soit dit en passant, je regrette de ne pas toujours trouver cette qualité chez mes adversaires, en particulier *au sujet de ma nationalité.*

En effet, *nous sommes quatre externes françaises sur les cinq externes actuelles* des hôpitaux, et ces quatre Françaises ont leur baccalauréat ès lettres et leur baccalauréat ès sciences.

Comptant sur votre impartialité bien connue pour insérer cette rectification, je vous prie d'agréer, monsieur le directeur, l'assurance de ma considération distinguée.

BLANCHE A. EDWARDS,
externe des hôpitaux.

Nous avons tenu à insérer cette lettre sans y rien changer, bien qu'elle s'éloigne notablement du ton modéré et courtois que nous avons toujours observé dans ce journal sur cette question délicate.

Nous ne pouvons toutefois laisser passer sans réponse certaines assertions erronées; ce n'est pas qu'à l'exemple de notre correspondante nous suspections sa bonne foi parfaite, mais elle ne s'en est pas moins trompée, très honnêtement, sur plusieurs points

1o Mlle Edwards parle « d'inexactitudes plus ou moins volon« taires qui se sont fait jour dans la presse et jusque dans les dis« cours de ses adversaires ». Nous pouvons affirmer que rien d'inexact n'a paru dans nos colonnes, et nous n'avons trouvé dans les autres journaux aucune affirmation mensongère. Quant aux *discours*, on nous assure que cette allusion viserait celui d'un médecin des Enfants-Malades fait à la Société médicale des hôpitaux, discours relatif à un certificat de zèle et d'assiduité délivré à une dame externe, lequel aurait été considéré par elle un peu abusivement comme un brevet d'aptitude au concours de l'internat. Il faut avouer que si, de ce chef, il existe une « *inexactitude plus ou moins volontaire* », elle ne saurait être imputée aux adversaires de l'honorable corrrespondante.

2o On ne prétend pas que les dames externes aient pris *chacune individuellement* l'engagement formel de ne jamais concourir à l'internat. On affirme, ce qui est indéniable, qu'en prenant part au concours de l'externat, elles se sont *ipso facto* et implicitement soumises aux conditions qui réglementaient leur admission au concours. Or cette admission a eu lieu en vertu d'un arrêté préfectoral du 17 janvier 1882 qui est ainsi conçu :

« Les femmes étudiantes en médecine qui rempliront les conditions déterminées par le règlement du service de santé sont autorisées à prendre part au concours de l'externat, mais sous la réserve formelle qu'elles ne pourront en aucun cas se prévaloir de leur titre d'élèves externes pour concourir à l'internat. »

Cet arrêté n'a pas été affiché parce *que jamais on n'a affiché une modification au service de santé* : c'est une règle administrative constante. Mlle Edwards en tire cette conséquence : « *Nous ne pouvions donc faire autrement que de l'ignorer.* » Nous la prions simplement de nous dire si, tandis qu'elle croyait devoir *ignorer officiellement* ce désagréable arrêté, elle ne faisait pas, *officieusement*, démarches sur démarches pour le prévenir ou le faire rapporter.

3o La nouvelle décision du Conseil de surveillance de juillet 1884 autorisant les femmes à concourir pour l'internat est un simple *avis*. Il n'est pas exact de prétendre « qu'elle a annulé toute décision antérieurement prise par le Conseil », car la décision antérieure avait été ratifiée par le préfet, et cette dernière ne l'a pas été, ce qui lui ôte toute force exécutoire.

4o Quant à la *nationalité* et aux *titres universitaires* des externes femmes, nous craignons que Mlle Edwards n'établisse, à son insu, une confusion entre ce qu'ont dit ses adversaires et ce qu'elle croit qu'ils ont avancé. M. le professeur Trélat s'exprimait ainsi dans la lettre qu'il nous a fait l'honneur de nous adresser (GAZETTE MÉDICALE, 8 novembre) : « Il y a cette année six étudiantes « qui se présentent à l'externat ; elles sont toutes étrangères. Sauf « rares exceptions, c'est pour quelques jeunes femmes russes, an« glaises, roumaines, turques, que nous irons (sans parler des con« séquences) jeter le désordre dans la vieille institution de l'in« ternat des hôpitaux de Paris ! »

Il n'y a pas un mot dans cette assertion qui ne soit rigoureusement exact : ces étrangères ont-elles leur double baccalauréat? C'est peu probable. Quant aux cinq externes actuelles, dont quatre sont effectivement Françaises, il n'en a pas été parlé. Deux du reste sont trop âgées pour concourir à l'internat. En additionnant leur nombre à celui des précédentes, on trouve encore, sur onze externes ou concurrentes à l'externat, *sept* étrangères (bachelières ?) et *quatre* Françaises; et sur *neuf candidates futures* à l'internat, *sept* étrangères (munies de l'équivalence ?) et *deux* Française (bachelières). La conclusion du professeur Trélat est donc juste, les Françaises sont l'exception.

En terminant, nous ne saurions trop engager Mlle Blanche Edwards, dans l'intérêt même du rôle viril qu'elle veut jouer, à modérer sensiblement la vivacité de son style. Certaines de ses expressions peu mesurées trahissent trop encore la nervosité féminine et sont tout à fait contraires aux égards que l'on se doit *entre hommes* bien élevés.

Puisse cet altier démenti et cette accusation répétée de mauvaise foi ne point provoquer de demande de réparation par les armes, et ne pas donner ainsi le baptême du sang à l'assimilation complète des sexes!

NOTES & INFORMATIONS

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS. — Cette Société vient de se constituer, non sans quelques tiraillements et sans une scission regrettable entre confrères qui, par leurs études spéciales, leur situation et, pour quelques-uns, leur juste notoriété, étaient appelés à s'entendre pour la fonder. Elle se compose de 30 membres titulaires et de 70 associés et correspondants nationaux ou étrangers. Le nombre des membres fondateurs dépassant le chiffre statutaire des membres titulaires, il ne sera pourvu à de nouvelles élections que lorsque le nombre des membres fondateurs titulaires sera descendu au-dessous de 30. A cet effet, l'honorariat est accordé aux membres fondateurs après deux années de participation aux travaux de la Société.

Le bureau de la Société pour 1885 est ainsi composé :

Président : M. le professeur Pajot; vice-présidents : MM. Alphonse Guérin et Gallard ; secrétaire général : M. Charpentier ; secrétaire des séances : M. Auvard ; trésorier archiviste : X...

— Le ministre des affaires étrangères vient d'adresser une circulaire à tous nos ministres plénipotentiaires, ambassadeurs et consuls, les chargeant d'annoncer aux puissances étrangères que l'épidémie cholérique qui a sévi en France est complètement terminée et de demander la levée de toutes les quarantaines imposées aux provenances françaises.

— M. le docteur Struck a quitté définitivement la direction de l'Office sanitaire impérial allemand, à la tête duquel il se trouvait depuis la fondation.

R. F. D.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort du docteur Cailliot, ancien professeur de chimie à la Faculté de Strasbourg. — M. Daniel

Uribe, interne de quatrième année à Necker, vient de mourir à l'âge de vingt-neuf ans.

***

Faculté de médecine de Paris. — M. Charpentier, agrégé, est rappelé à l'exercice du 1er novembre 1884 au 30 octobre 1885 ; il est chargé, pendant la durée du congé accordé à M. Budin, du cours complémentaire d'accouchements.

M. Frémont (Victor-Marie), bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé préparateur du cours de pathologie externe, en remplacement de M. Haussmann, dont la délégation était expirée.

M. Siredey, chef adjoint de clinique médicale, est chargé des fonctions de chef de clinique médicale, en remplacement de M. Faisans, démissionnaire.

M. Combes, licencié ès sciences, est nommé préparateur adjoint des travaux pratiques de chimie, en remplacement de M. Castellan, non acceptant.

M. Monange, préparateur adjoint du laboratoire de chimie, est nommé préparateur des travaux pratiques de chimie, en remplacement de M. Etard, dont la délégation est expirée.

M. Chabrié (Pierre-Camille), licencié ès sciences, est nommé préparateur adjoint du laboratoire de chimie, en remplacement de M. Monange, appelé à d'autres fonctions.

M. Calmels est nommé aide du laboratoire des cliniques à l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Lesage, décédé.

— M. J. Regnauld, professeur de pharmacologie à la Faculté de médecine de Paris, est nommé membre du Comité consultatif de l'enseignement public (première section), en remplacement de M. Wurtz, décédé.

Il siégera, en cette qualité, dans les commissions de scolarité et de médecine et de pharmacie.

— Des conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie, appliquées à la toxicologie, seront faites, sous la direction de M. le professeur Brouardel, au laboratoire de toxicologie, caserne de la Cité, quai du Marché-Neuf, 2. Elles auront lieu à trois heures et demi dans l'ordre suivant : les mardis, par M. le docteur Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique ; les jeudis, par M. le docteur Descouts, chef du laboratoire de médecine légale, et les samedis, par M. J. Ogier, docteur ès sciences, chef du laboratoire de chimie.

Seront seuls admis à suivre le cours de médecine légale pratique et les conférences, sur la présentation d'une carte spéciale qui leur sera délivrée après s'être fait inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine : 1o MM. les docteurs en médecine ; 2o MM. les étudiants ayant subi le troisième examen de doctorat.

— Le concours pour les prix de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris vient de se terminer. En voici les résultats :

Première division. — Médaille d'or : M. Richardière, interne de quatrième année. — Accessit (médaille d'argent) : M. Babinski, interne de quatrième année.

Première mention : M. Charrin, interne de quatrième année. — Deuxième mention : M. Darrier, interne de quatrième année.

Deuxième division. — Médaille d'argent : M. Hallé, interne de deuxième année. — Accessit (livres) : M. Hartmann, interne de deuxième année.

Première mention : M. Roger, interne de deuxième année. — Deuxième mention : M. Dubreuilh, interne de deuxième année.

***

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Blarez, agrégé, est chargé du cours de chimie, en remplacement de M. Micé, appelé à d'autres fonctions.

Faculté de médecine de Lille. — M. Monnet (Léon-Ernest) docteur en médecine, est délégué dans les fonctions de chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques (emploi nouveau).

Faculté de médecine de Lyon. — M. Mathieu (Marc), docteur en médecine, est institué, pour une période de deux ans, chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, en remplacement de M. Rebatel, dont la délégation est expirée.

M. Laguaite (Adrien), docteur en médecine, est institué, pour une période de deux ans, chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Gangolphe, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Dufourt (Edouard), docteur en médecine, est institué, pour une période de deux ans, chef de clinique médicale, en remplacement de M. Rabot, dont le temps d'exercice est expiré.

Faculté des sciences de Montpellier. — Par décret en date du 20 novembre 1884, M. Parmentier est nommé professeur de chimie à ladite Faculté.

Ecole de pharmacie de Nancy. — Par décret en date du 20 novembre 1884, M. Godfrin, docteur ès sciences, pharmacien de première classe, a été nommé professeur de matière médicale à l'Ecole supérieure de pharmacie de Nancy.

***

Institution nationale des sourds-muets. — M. Vernet, ex-préfet des Basses-Alpes, est nommé directeur de l'Institution des sourds-muets, en remplacement du docteur Peyron.

***

Collège de France. — M. Brown-Séquard, professeur de médecine, est autorisé à se faire remplacer par M. d'Arsonval.

M. Marey, professeur d'histoire naturelle des corps organisés, est autorisé à se faire remplacer par M. François Franck, directeur adjoint du laboratoire de physiologie de l'Ecole pratique des Hautes-Etudes.

M. André, docteur ès sciences, est nommé préparateur de la chaire de chimie organique, en remplacement de M. de Forcrand, appelé à d'autres fonctions.

***

Corps de santé militaire. — Par décret du 29 novembre 1884, rendu sur la proposition du ministre de la guerre, ont été promus : *Au grade de médecin principal de première classe* : M. Kelsch, médecin principal de deuxième classe, professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie militaires.

Au grade de médecin principal de deuxième classe : M. Kiéner, médecin-major de première classe, médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Montpellier.

Au grade de médecin-major de première classe : MM. Rivet et Baudouin.

Au grade de médecin-major de deuxième classe : MM. Brousses et Pauzat.

— Par décret du Président de la République, en date du 23 novembre 1884, rendu sur le rapport du ministre de la marine et des colonies, a été promu dans le corps de santé de la marine, après concours, *au grade de médecin professeur* : M. Duchâteau, médecin de première classe.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Thèses de doctorat soutenues pendant l'année scolaire 1884.

247. M. Delespierre. Des néphrites sans albumine. 248. M. Zwetitch. Sur le chancre syphilitique hypertrophique. — 249. M. Portalier. Des troubles trophiques de la période préataxique du tabes spécifique. (Etude clinique.) — 250. M. Giraud. Traitement du trichiasis et de l'extraction par le procédé de Hotz. — 251. M. Basset. Gommes sous-cutanées. — 252. M. Bruneau. Recherches sur les végétations polypiformes de l'estomac. — 253. M. Gelle. Des

fractures chez les syphilitiques. — 254. Mlle Ellaby. De l'amplitude de convergence. — 255. M. Labusquière. Des ruptures utérines dans le travail à terme. (Pathogénie et traitement.)—256 M. Peyrat. De la grossesse et de l'accouchement chez les primipares jeunes.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 23 AU SAMEDI 29 NOVEMBRE 1884.

Fièvre typhoïde 21. — Variole 5. — Rougeole 28. — Scaratine 2. — Coqueluche 6. — Diphtérie, croup 36 — Choléra 74. — Dysentérie 0. — Erysipèle 8. — Infections puerpérales 6. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 43. — Phthisie pulmonaire 258. — Autres tuberculoses 11. — Autres affections générales 73 — Malformation et débilité des âges extrêmes 69. — Bronchite aiguë 33. — Pneumonie 98. — Athrepsie gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 40, — au sein et mixte 24. — Inconnu 13. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 102. — de l'appareil circulatoire 73. — de l'appareil respiratoire 72. — de l'appareil digestif 63 — de l'appareil génito-urinaire 23. — de la peau et du tissu lamineux 6. — des os, articulations et muscles 6. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 1. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 1. — Morts violentes 34. — Causes non classées 12. — Total de la semaine : 1239 décès.

L'épidémie cholérique doit être considérée comme étant presque terminée. Sur les 1,236 décès de cette semaine, 74 sont attribuables au choléra ; mais il convient d'ajouter que la grande partie de ce nombre, d'ailleurs peu élevé est due aux premiers jours de la semaine. Depuis cette époque, les chiffres ont sans cesse été déclinant ; ceux qui nous sont parvenus depuis samedi soir 29 novembre, époque à laquelle nous avons arrêté nos comptes, sont encore plus rassurants.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES MALADIES DE LA PEAU, L'ECZÉMA, par le docteur L. Deligny, ex-interne de l'hôpital maritime de Berck-sur-Mer, membre de la Société de médecine de Paris, de la Société d'hydrologie médicale de Paris et de la Société française d'hygiène, 1 vol. in-8 de 120 pages. — Prix ; 3 francs.—Asselin et Houzeau, libraires de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

LES SONNETS DU DOCTEUR. Edition de bibliophile, grand in-8 à deux couleurs, avec un frontispice de Clairin et une eau-forte de Félicien Rops. — Sur Hollande, 5 fr.; vélin, 8 fr.; Japon, 12 fr. — Chez Darantière, imprimeur à Dijon, et chez la plupart des libraires. (Envoi *franco* contre mandat-poste.)

ETUDE SUR LE CHOLÉRA, d'après un rapport présenté à M. le ministre de l'intérieur sur l'épidémie de 1884 dans l'arrondissement de Brignoles (Var). — Prix : 1 fr. 50. — Asselin et Houzeau, libraires de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris

SOLUTION DU PROBLÈME DU CHOLÉRA-MORBUS. Mémoire chimico-pathologique du professeur Gaëtano Tardani, deuxième édition, première traduction en langue française. Une brochure de 30 pages. — Prix : 1 fr. — Paris, librairie Asselin et Houzeau, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Rédacteur en chef et gérant; F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

I. CONSIDÉRATIONS SUR LA RIGIDITÉ DE L'ORIFICE UTÉRIN PENDANT LE TRAVAIL.

II. ETUDE SUR LA RIGIDITÉ DU COL D'ORIGINE SYPHILITIQUE, par le docteur J.-A. DOLÉRIS, chef de clinique d'accouchement et de gynécologie.

(Suite. — Voir le numéro 49.)

A. *Chancre syphilitique du col utérin. Induration du tissu cervical, Hyperplasie généralisée du col.* — Il suffit de consulter les ouvrages spéciaux pour acquérir la certitude de l'existence assez fréquente de lésions syphilitiques siégeant sur le col de l'utérus. C'est, le plus souvent, de l'accident primitif, du chancre, qu'il est question dans ces cas. Les faits bien observés ne laissent aucun doute à cet égard.

Mon éminent maître, le professeur Fournier, dans son livre sur la *Syphilis chez la femme*, insiste sur la fréquence relative du chancre utérin. Il commence par reconnaître que cet accident a été négligé antérieurement, puisque, sur une statistique de 113 cas, Clerc ne mentionne qu'un seul fait de chancre utérin; Carrier ne le cite même pas dans la sienne. Dans les statistiques réunies de Martin, Carrier et Bureaux, soit 270 cas, on ne trouve qu'un seul chancre du col signalé. M. Fournier, au contraire, le range en quatrième ligne et immédiatement après le chancre de la fourchette. Sur un total de 249 cas, il l'a rencontré 13 fois, soit un chancre utérin sur 18 dans la proportion générale. Au moment de ses leçons, il y en avait deux spécimens dans son service. J'ai pu, étant son interne à l'hôpital Saint-Louis, étudier *de visu* cet accident. Avec mon maître, je ne saurais trop accepter comme probable qu'il a été et doit être encore fréquemment méconnu. Partant doit-il être beaucoup plus commun qu'on ne le croit habituellement. Bernutz (1855) et Després (1870) ont accepté et décrit cette lésion.

M. Schwartz (1873) a fait de la question le sujet de sa thèse inaugurale. Il signale l'induration et l'hypertrophie générale du col. Depuis, Jullien (*Maladies vénériennes*, 1879) a pu bénéficier d'un total de 34 observations de chancre syphilitique utérin communiquées par M. Fournier. Il est donc inutile de rien ajouter à une notion devenue courante et appuyée de nombreux exemples publiés de toutes parts. Mais je veux retenir un point déjà mis en lumière par M. Fournier. Dans deux cas, il signale la consistance particulièrement dure des tissus avoisinant le chancre. Chez la femme aussi bien que chez l'homme, l'induration est le cortège habituel de l'accident primitif où qu'il siège; quant aux accidents secondai-

FEUILLETON

LES LIVRES D'ÉTRENNES. — VOYAGES D'EXPLORATION DANS LE NOUVEAU ET L'ANCIEN CONTINENT.

Parmi les livres d'étrennes qui paraissent à cette époque de l'année, une part des plus larges et non des moins intéressantes doit être faite à ceux qui ont pour sujet des voyages d'exploration. Mieux peut-être que tout autre ils répondent à la double indication des livres de ce genre : distraire et captiver en instruisant. On voyage en effet avec l'explorateur, on assiste aux divers incidents de ses excursions, on partage ses fatigues, ses dangers, ses souffrances, ses joies, toutes ses émotions; on est pour ainsi dire acteur dans les différents épisodes qu'il raconte : voilà pour le côté roman.

Mais on suit aussi avec lui le cours des grands fleuves, on gravit les montagnes, on traverse les forêts, les lacs, les déserts, et l'on conçoit ainsi une idée exacte de la géographie physique des contrées où il vous conduit. Chemin faisant, on explore avec lui la flore et la faune de ces pays, on entre en relations avec les indigènes dont on étudie les mœurs, les aptitudes, les caractères ethniques; on s'arrête tout particulièrement aux ruines que l'on rencontre, qui racontent l'histoire du passé, et l'on cherche à reconstituer la filiation entre les populations qu'on a sous les yeux et celles qui les ont précédées : voilà pour le côté scientifique; le géographe, le naturaliste, l'anthropologiste, l'archéologue y trouvent égale satisfaction.

Ce n'est pas tout : l'explorateur est doublé d'un patriote; il ne cherche pas seulement à satisfaire sa curiosité scientifique; il songe à étendre l'influence civilisatrice de son pays et à lui créer de nouveaux débouchés pour ses relations commerciales; il y a là un troisième point qui mérite de fixer l'attention, le côté politique ou économique.

Ces quelques réflexions viennent naturellement à l'esprit quand on parcourt deux superbes volumes que vient de publier la librairie Hachette.

res, ils ont chez la femme une tendance à la sclérose bien plus marquée que chez l'homme.

Voici ce qu'il dit à l'égard de l'accident initial de la région cervicale de la matrice : « Pour les chancres du col utérin, leur situation les rendant inaccessibles ne permet pas, en général, d'apprécier exactement l'état de leur base. En certains cas toutefois, j'ai remarqué d'une façon positive que la portion du col sur lequel ils reposaient était *épaissie, volumineuse, saillante et déformée*, comme si elle était distendue par une infiltration exubérante ; et, de plus, le doigt porté sur l'organe donnait la sensation d'une dureté très appréciable. M. Ricord a eu l'occasion d'observer un de ces chancres sur une femme affectée de prolapsus utérin ; le col, dans ces conditions, pouvait être saisi entre les doigts et aussi délicatement exploré que le sommet du gland. Eh bien, la base de ce chancre présentait, dit notre maître, une induration toute spéciale, *chondroïde, presque ligneuse*, qui se détachait et se différenciait très manifestement de la rénitence propre du tissu utérin. »

Plus loin, Fournier traite d'*hérésie anticlinique* l'opinion singulière qui dénie l'induration au chancre de la femme. Il faut encore remarquer que chez cette dernière l'infiltration plastique qui représente le processus de l'induration a bien plus de tendance à s'étendre que chez l'homme.

Je pourrais puiser encore dans cet ouvrage si complet et si étudié, si la question ne me paraissait déjà résolue en ce qui concerne le point capital de l'induration du chancre utérin. Mais il y a plus, et quelques auteurs acceptent que l'induration peut se généraliser à tout le col. Sur deux femmes, Fournier a constaté une hypertrophie générale du col, accompagnée d'une dureté *cartilagineuse*, comme celle d'un néoplasme infiltrant le tissu cervical : « Quelquefois le col en entier, ou l'une de ses lèvres seulement, subit une hypertrophie considérable due à une suffusion plastique étendue, donnant au toucher la sensation d'un véritable tissu de sclérose ». Jullien (*Maladies vénériennes*). — Même opinion est exposée dans la thèse de Schwartz : souvent le siège de l'induration est la lèvre antérieure seule. Beaucoup d'observations confirment ce fait. — Dans son livre sur l'inflammation de l'utérus et de ses annexes, Bennett cite l'observation d'une induration chancreuse syphilitique dont le volume était à peu près celui d'une petite noisette et dont le siège était la lèvre antérieure du col utérin.

Chez une malade que j'ai observée récemment, le chancre siégeait nettement à la lèvre antérieure. Chez une autre que j'ai observée il y a quelques mois, l'induration prédominait également dans la même région.

B. *Lésions syphilitiques secondaires et tardives du col utérin.*

1º *Ulcérations.* — Beaucoup moins positives sont nos connaissances à cet égard. A peine soupçonnée, leur existence n'a été l'objet d'aucune recherche spéciale. Peut-être serait-il mieux de dire que les processus ulcéreux du col de la matrice, bien que pouvant siéger sur des femmes syphilitiques, ne sont point en général scrupuleusement diagnostiqués quant à leur étiologie. Toutefois Troncin, dès 1837, faisait jouer un rôle à la syphilis dans certaines dégénérescences ulcéreuses du col. Il existe une observation due à Mollière (de Lyon), dans laquelle il est question d'un ulcère fongueux, simulant une néoplasie cancéreuse, qui fut reconnu comme étant de nature syphilitique et traité par les spécifiques. La guérison fut obtenue au bout de quelques semaines.

2º *Syphilomes diffus. Hypertrophie syphilitique. Gommes du col.* — Si pour les parties génitales externes de la femme il est amplement établi (Rollet, Guérin, Fournier, Gosselin, etc.) que les indurations néoplasiques secondaires sont une sorte de loi générale, au point que malgré le traitement on peut les voir persister sans trêve ou se reproduire durant plusieurs années, la même affirmation ne saurait être aussi nettement exprimée quant aux organes internes de la génération. Le col utérin échapperait-il donc à cette loi en quelque sorte constante que tout point de l'économie ayant été le siège du chancre ou situé dans le voisinage de ce dernier est susceptible de développer des néoplasies secondaires spécifiques ? Cela n'est pas probable lorsqu'on voit les *œdèmes scléreux* persistants des grandes lèvres, les *syphilomes diffus* ou circonscrits des autres régions voisines démontrant la réalité de l'extension du processus spécifique soit par continuité directe, soit par la voie lymphatique ; de même, en l'absence de ces conditions, lorsqu'on observe combien sont fréquentes les manifestations syphilitiques tardives sur les organes prédisposés mécaniquement ou physiologiquement, on se défend difficilement de l'idée que le col utérin est à coup sûr une des régions qui vraisemblablement doivent être le plus fréquemment atteintes. Aussi bien ne sera-t-il pas dans cette étude

---

I. Le premier (1) est consacré à la relation de voyages d'exploration dans le Mexique et l'Amérique centrale. L'auteur, M. Désiré Charnay, nous fait connaître lui-même en quelques mots dans quel esprit il l'a conçu et écrit : « Ce livre, dit-il, est une relation de voyage en même temps qu'un ouvrage scientifique. J'y raconte l'histoire d'une civilisation morte depuis longtemps, inconnue ou plutôt méconnue ; les découvertes qui m'ont conduit aux premiers établissements de la race civilisatrice sur les hauts plateaux du Mexique et m'ont permis de la suivre étape par étape jusqu'à son apogée, dans diverses parties de l'Amérique centrale, m'ont également permis de reconstruire cette civilisation, de donner à plusieurs de ses époques une date souvent certaine et de rétablir, en ce qui la touche, la vérité historique. »

M. Charnay ne remonte pas aux origines premières, aux traditions ou aux légendes préhistoriques ; il reste dans les limites de l'histoire. Les premières populations dont il s'occupe, celles qui ont réellement fondé la civilisation que les Espagnols ont rencontrée lors de la conquête du Mexique, n'ont apparu sur les hauts plateaux qu'au septième siècle. Ces populations, appartenant à la race Nahua, et dont les tribus toltèques étaient les plus civilisées et les plus puissantes, venaient du nord-ouest du continent américain. Etaient-elles primitivement autochtones de cette dernière contrée, ou venaient-elles de l'Asie ? Les nombreux rapports qu'on peut établir entre elles et certaines races orientales au point de vue de la langue, de l'industrie, des arts, des mœurs, etc., font plutôt pencher vers la seconde opinion.

Quoi qu'il en soit, M. Charnay prend les Toltecs au moment où ils bâtirent Tula, vers le milieu du septième siècle. Les fouilles qu'il a faites sur l'emplacement de cette ancienne capitale ont été fécondes et lui ont permis d'établir, comme point de départ, le degré de civilisation des Toltecs, civilisation qui, sur bien des points, supporte la comparaison avec celle des Grecs et des Romains.

M. Charnay conduit le lecteur à travers les différentes contrées du Mexique et de l'Amérique centrale, lui montrant toutes

(1) *Les Anciennes Villes du Nouveau Monde.* — *Voyages d'explorations au Mexique et dans l'Amérique centrale*, par Désiré Charnay (1857-1882). Ouvrage contenant 214 gravures et 19 cartes ou plans. — Paris, librairie Hachette, 1885.

question des effets vraiment tardifs de la syphilis. Les exemples que j'ai à citer ont tous rapport au chancre et à ses suites prochaines.

Toutefois il convenait de faire une place à l'hypothèse précédente, qui d'ailleurs n'est point nouvelle.

Pour ne point sortir de la question spéciale du chancre, je rappellerai que les spécialistes ne nous apprennent point quelle est sa durée moyenne quand il siège au col de la matrice. Mais nous venons de voir d'autre part que dans d'autres régions, au sein, à la vulve, sur le gland, etc., il peut persister des années sous forme d'un *œdème dur* caractéristique (Spillmann, 1869; Desjardins, 1873).

Dans son livre d'anatomie pathologique, Lancereaux émet l'opinion que certaines dégénérescences fibreuses du col seraient le résultat d'un véritable processus syphilitique.

Jullien (*loco citato*) parle d'un cas observé par lui dans le service du professeur Fournier à Lourcine : « Il s'agit d'une malade d'une cinquantaine d'années dont le col utérin présentait dans l'épaisseur d'une lèvre une tumeur un peu plus volumineuse qu'une noix, offrant d'ailleurs toutes les apparences d'une grosse gomme. Tel fut du moins le diagnostic que porta le chef de service et que vint confirmer l'heureuse influence du traitement spécifique. »

En 1857, un médecin anglais, Whitehead, avait déjà signalé le retentissement tardif de la syphilis sur le col de la matrice. Entre autres lésions, il mentionne un élément anatomo-pathologique très nettement spécifié : l'*hypertrophie folliculeuse indurée* pouvant envahir la totalité de la région cervicale. C'est sur cette donnée que Henry a décrit la *sclérose hypertrophique diffuse* du col utérin, dont il établit l'origine syphilitique. Je ne saurais entrer plus avant dans les détails de faits dont la tendance est évidente. D'ailleurs je ne saurais mieux faire que de renvoyer au travail de Mˡˡᵉ Mesnard dont l'idée première lui a été suggérée par l'observation d'un cas qui m'est personnel, et qui a fait dernièrement le sujet de sa thèse inaugurale.

Je conclurai donc de la première partie de cette étude que la syphilis est, sans conteste aucun, susceptible d'engendrer des dégénérescences scléreuses primitives ou secondaires, partielles ou générales, localisées ou diffuses, de durée variable et pouvant persister fort longtemps dans le parenchyme cervical de l'utérus. J'ajouterai que cette hypertrophie est qualifiée avec intention, suivant les auteurs qui l'ont observée, *d'induration sèche et ligneuse*, d'*induration cartilagineuse*, de *sclérose*, d'*hypertrophie dure*, d'*hypertrophie folliculeuse indurée*, etc., de telle façon que l'erreur ou l'équivoque ne sauraient être possibles, quant aux caractères physiques du processus; encore moins quant à son origine, puisqu'il s'agit ici du chancre lui-même ou de ses suites immédiates. Si je répète que l'observation des faits émane d'hommes spéciaux et éminents, j'aurai, je pense, établi solidement mes conclusions.

(A suivre.)

RHINOLOGIE

DES CORPS ÉTRANGERS DU NEZ ET DES CONCRÉTIONS CALCAIRES, par G. CZARDA (de Prague).

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

Les rhinolithes et corps étrangers du nez ne sont pas très fréquents. Ils sont mentionnés pour la première fois en 1502 par de Gardi. Demarquay (1) a résumé toute la littérature ancienne jusqu'en 1845, époque à laquelle il observa un cas dans le service de Blandin à l'Hôtel-Dieu (Obs. XV). Il s'agissait d'une femme de 35 ans qui depuis longtemps déjà ne pouvait pas respirer par le nez gauche et remarquait un écoulement purulent et fétide du même côté. Un médecin avait déjà extrait une petite pierre de la grosseur d'une lentille. Blandin en enleva un grand nombre de semblables, et il en ramena enfin une de la grosseur d'un haricot renfermant en son centre un noyau de cerise.

Verneuil (2), chez une dame de 35 ans qui ressentait depuis un an dans le nez droit des douleurs intolérables avec écoulement fétide, broya quatre fois un gros rhinolithe : les fragments avaient jusqu'à 2 cent. de long.

O. Weber (3) rapporte le cas de Bartholin : une jeune fille avait dans le nez un calcul du poids de 16 grains dont le noyau était formé par un pépin de raisin; celui de Brown, qui enleva chez un homme de 66 ans un rhinolithe du poids de 2 drachmes et demie,

(1) ARCH. GÉN., 1845.
(2) GAZ. DES HÔP., 1859.
(3) *Pitha-Billroth*, t. III, p. 183.

les beautés des pays qu'il traverse, toutes les conquêtes de la civilisation moderne, mais scrutant avec un soin tout particulier les traces de cette civilisation ancienne qu'il a voulu faire revivre. Les ruines de Teotihuacan, de Palenque, de Chichen, de Kabah, d'Uxmal, de la ville Lorillard, de Mitla, etc., où il fait de longues stations, lui ont offert des mines de recherches non moins précieuses que celles de Tula. Ajoutons que la partie anecdotique ou épisodique ne le cède en rien en intérêt à la partie descriptive et archéologique, et que les nombreux dessins qui émaillent le texte sont autant de petits chefs-d'œuvre.

II. Avec M. le commandant Gallieni, auteur du second ouvrage (1) que nous avons à présenter à nos lecteurs, nous quittons le Nouveau Monde pour le continent africain. Ici il n'est plus question de rechercher les traces d'une civilisation disparue, mais d'étudier la topographie de contrées encore inconnues ou peu connues, en même temps que la civilisation actuelle de leurs habitants, de manière à étendre jusqu'au cœur de l'Afrique nos relations commerciales et l'influence civilisatrice de notre pays. Aujourd'hui que les yeux sont tournés vers l'Afrique et que le code international de colonisation est à l'étude devant une conférence à laquelle prennent part les divers Etats de l'Europe, le livre de M. Gallieni est tout d'actualité.

Le général Faidherbe d'abord, puis le général Brière de l'Isle, ont eu l'idée d'ouvrir de nouveaux débouchés à nos comptoirs du Sénégal en traversant le massif montagneux qui sépare le grand fleuve de notre colonie de la vallée du Haut-Niger. Passant de la conception à l'action, le général Brière organise une mission dont il confie le commandement à M. Gallieni, et qui devra explorer les pays dont il s'agit et nouer des relations ou même signer des traités avec les chefs des principales tribus qu'elle rencontrera, entre autres avec Ahmadou, sultan de Ségou, le plus puissant de tous. C'est la relation de cette mission, à laquelle ont participé les officiers de marine Piétri et Vallière et le docteur Tautain, qui fait l'objet du livre de M. Gallieni.

Partie de Saint-Louis, la mission remonte le Sénégal jusqu'à

(1) *Voyage au Soudan français (Haut-Niger et pays de Segou)*, 1879-1881, par le commandant Gallieni, contenant 140 gravures dessinées sur bois par Riou, 2 cartes et 15 plans. — Paris, librairie Hachette, 1885.

long d'un pouce trois quarts, large d'un pouce et d'un demi-pouce d'épaisseur.

Stœrk(1), dans toute sa pratique, n'en a vu qu'un cas. Il s'agissait d'un homme atteint des symptômes ordinaires, chez qui le rhinolithe était fortement enclavé. Par suite d'irrigations il devint notablement plus petit, plus mobile, et on put l'extraire facilement.

Frænkel (2) n'en a jamais observé. De nouveaux cas ont été décrits par West (3), Ritter (4) et Weil (5) qui rapporte aussi les cas de Gutceit et de Tillaux.

Hering (6) rapporte deux observations intéressantes : dans l'une, le corps étranger était un bouton de guêtre ; dans l'autre un bouton de canapé qui fut avalé pendant les manœuvres d'extraction. Quelques jours après, il était rendu par les selles.

Moure (7) relate trois observations : il s'agissait de concrétions et d'un pépin de citron. Le même auteur mentionne des cas de Hays et de Michel.

Mackenzie (8) relate deux cas. Il s'agissait dans le premier d'un domestique de 57 ans, chez lequel il fallut pratiquer une incision sur le bord inférieur du cornet moyen pour extraire par fragments deux concrétions sans noyau. Dans le deuxième, la concrétion était si énorme qu'on ne put en venir à bout qu'avec la pince à os et les fragments sortaient encore difficilement. L'ensemble des débris pesait 4 gr. Hémorrhagie assez notable ; le lendemain, cellulite (?) de la face avec fièvre, suivie de récidive, bien qu'il n'y eût pas eu de nouvelle opération. On ne trouva pas de noyau.

Comme on le voit, la cause du rhinolithe est le plus généralement un corps étranger ou le dépôt de sels calcaires dans le nez. Il y est introduit, ou bien intentionnellement (enfants, aliénés) ou bien accidentellement d'arrière en avant en avalant de travers. Comme dans la vessie, le rectum, etc., il s'accumule dans le nez, autour de la muqueuse, des corps irritants organiques ou inorganiques par couches successives (pus, carbonate de chaux, citrate de magnésie). Le corps étranger augmente ainsi notablement de volume et provoque des symptômes sur lesquels nous reviendrons. Tandis que dans nos observations il s'agissait d'un fragment de laine, de bouchon, de noyau et dans celles des autres auteurs de noyaux divers (Blandin, Moure, West, Tillaux), de boutons (Hering), d'un caillou (Ritter), d'un morceau de linge (Heine) qui formaient le centre du calcul, dans d'autres il n'y avait aucun corps étranger au centre, mais seulement une masse caséeuse, visqueuse, composée de globules de pus et d'épithélium (Verneuil, Brown, Stœrk).

Dans ces cas, la cause de la formation des calculs doit être cherchée dans les modifications anatomiques et sécrétoires des cavités nasales. Si elles sont originairement petites ou bien rétrécies, le mucus ou le pus retenus se concrètent et forment un noyau.

Dans le cas de Brown, les narines s'étaient soudées à la suite d'une variole, d'où rétention. Moi-même, chez un individu atteint d'absence totale du voile et partielle de la voûte palatine, j'ai extrait du nez un bloc de croûtes concentriques desséchées, de la grosseur d'un œuf de pigeon. Le malade racontait qu'il ne mouchait jamais, mais que par la lacune de son palais il s'enlevait lui-même des masses de ce genre. Chez une personne peu soigneuse, il peut facilement se développer dans ces circonstances un rhinolithe comme dans le cas de Brown.

On a en outre invoqué comme étiologie la diathèse goutteuse (Græf); ce dont il est difficile de donner la preuve (1).

D'autres auteurs attachent une certaine importance au lymphatisme et à la scrofule, ce qu'il nous est difficile d'admettre pour les calculs par corps étrangers. Du reste, je crois que des troubles respiratoires prolongés, un écoulement muco-purulent abondant, les douleurs, bref tous les troubles provoqués par les rhinolithes doivent amener tôt ou tard, même chez l'individu le plus sain, de la pâleur de la peau, un certain état cachectique avec engorgement ganglionnaire. Mais tout cela disparaît, avec les troubles respiratoires, sans traitement antiscrofuleux.

Des enfants qui ont pris des barres de fer et des tonnes d'huile de foie de morue sont guéris instantanément de leur « coryza scrofuleux »

(1) *Pilha-Billroth*, t. III, 1875, p. 91.
(2) ZIEMSSEN'S HANBUCH, t. IV, 1, 1876, p. 162.
(3) LANCET, 1872.
(4) MEMORABILIEN, 1876.
(5) PIN. W., 1880.
(6) GAZ. LEK., 1881, et MONATSCHR. FÜR OHRENH, 5, 1881.
(7) *Des pseudo-tumeurs des fosses nasales*. REVUE MENS. DE LARYNG. ET CH., 1882.
(8) *Mal. du nez et de la gorge*, 1884. Londres.

(1) Je saisis l'occasion de dire que j'ai pensé le premier à une mycose comme étiologie possible des rhinolithes. Comme le démontrent jusqu'ici les observations microscopiques, on trouve un dépôt abondant de leptothrix dans le nez, ce qui n'a pas encore été observé jusqu'ici à ce point de vue. Dans les calculs des amygdales et des voies lacrymales, on a déjà constaté des champignons (Klebs).

Bakel, puis gagne par terre Médine, Bafoulabé et entre en pays inconnu. Dans ces vastes contrées inexplorées, elle a eu à lutter contre des difficultés de toutes sortes, dont l'hostilité de certaines peuplades indigènes n'a pas été la moindre. Il a fallu, de la part de nos compatriotes, des qualités supérieures de courage, de sang-froid, de diplomatie. Arrivés sur les bords du Niger, après bien des péripéties, ils traversent le fleuve et en remontent la vallée sur la rive droite jusqu'à Nango, où ils demeurent, pendant dix mois, les hôtes un peu forcés et inquiets du sultan Ahmadou. Ce pendant le 3 novembre 1880 ils signent, avec son ministre, un traité qui donne à la France le protectorat du Niger depuis ses sources jusqu'à Tombouctou et le droit d'ouvrir des routes dans la vallée du grand fleuve. Ahmadou ne ratifie ce traité que le 10 mars suivant, et la mission quitte Nango le 21 pour retourner à Saint-Louis.

La relation, parfois dramatique, toujours intéressante de cette exploration, est suivie de quelques chapitres dans lesquels l'auteur fait connaître les limites géographiques, l'aspect général, l'orographie des pays qu'il a traversés, l'hydrographie du Sénégal et du Niger, la climatologie et la météorologie des contrées qu'ils arrosent, les maladies des Européens et des indigènes, les différentes races que constituent ces derniers et les divers États entre lesquels le sol est divisé, etc., etc. Cette importante étude se termine par des conclusions qui pourront et devront servir de programme aux missions ultérieures.

L'exécution des gravures, des cartes, des plans est tout aussi parfaite que dans le livre de M. Charnay, et fait honneur à la fois aux artistes et à l'éditeur.

Dr F. DE RANSE.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE DE PARIS. — *Bureau pour l'année 1885*. — Président : Dureau ; premier vice-président : Letourneau ; deuxième vice-président : Magitot ; secrétaire-général adjoint : Girard de Rialle ; secrétaires annuels : Issaurat et Hervé ; conservateur des collections : Collineau ; archiviste : Dally ; trésorier : de Ranse. — *Commission de publication* : Thulié, Mathias Duval et Hamy.

par l'intervention locale. Il en est de même de l'otorrhée que l'on considère encore comme un attribut de la scrofule, bien que dans la majorité des cas elle résulte simplement d'une otite moyenne suppurée aiguë négligée. A ce sujet, nous nous associons pleinement aux paroles d'Eitelberg (1) : « Celui qui est témoin, après l'institution d'un traitement rationnel exclusivement topique, de la transformation de l'état général de l'enfant (retour des couleurs, disparition des glandes et de l'habitus lymphatique) ne pourra jamais assez vanter l'utilité d'un traitement local. »

Pour les rhinolites qui se développent par la rétention du mucus et du pus, nous croyons jusqu'à un certain point à une prédisposition aux inflammations chroniques des voies aériennes,

Par suite du catarrhe chronique, les méats deviennent plus étroits, la sécrétion muqueuse devient purulente et irrite le tissu sous-muqueux, d'où possibilité de péricondrites, de périostites, d'exostoses, de granulations et même de polypes. Enfin le nez devient imperméable et la sécrétion enkystée subit les mêmes transformations que celles des autres muqueuses. Le calcul entretenant une irritation permanente, il se produit un pus séreux, sanguinolent, fétide.

Les symptômes, au premier examen, sont toujours les suivants : unilatéralité de l'affection, imperméabilité, sensation de pesanteur, de pression, écoulement avec ou sans eczéma de la lèvre, anosmie plus ou moins complète du même côté. Quand le calcul est gros, névralgies dans la moitié correspondante de la tête. Troubles de l'audition dans l'oreille correspondante (Gruber) (2). Aspect anémique.

A l'examen, tuméfaction et hyperémie de la muqueuse des cornets et de la cloison. Granulations vivaces entourant fréquemment le corps étranger, et le cachant à la vue. Ou bien, sans être caché, l'objet est profondément placé près des choanes et il faut pour l'apercevoir un long spéculum qui n'est souvent pas supporté. On doit alors recourir à l'exploration au stylet qui donne un son caractéristique souvent distinct pour une oreille exercée du choc d'un séquestre. Il donne de plus des renseignements importants sur sa mobilité, sa résistance et ses dimensions.

Le diagnostic doit se faire avec la carie du nez, l'ozène qui est ordinairement bilatéral et offre un autre aspect anatomique, et la calcification de la muqueuse (diathèse ossifiante — Kœlliker, Virchow) très rare chez les jeunes individus (3).

Le traitement varie suivant le volume du rhinolithe, sa mobilité et la structure de la fosse nasale. Pour les petits non enclavés, un éternuement par tabac ou chatouillement peut suffire. On peut encore recourir à l'irrigation nasale par la narine opposée ; le corps est entraîné par l'eau qui revient. Il y a cependant du danger à la pratiquer trop fortement, l'obstacle formé par le calcul favorisant l'entrée de l'eau dans l'oreille correspondante, d'où l'otite moyenne suppurée possible. La méthode la plus simple serait de refouler le corps avec le stylet dans le pharynx, d'où il serait craché par le malade (3), mais souvent il a été avalé (Heine, Herig), ce qui offre des inconvénients à cause de l'opinion populaire qui attribue de la gravité aux objets avalés. Il faut donc souvent recourir à la curette mousse ou à la pince sous le contrôle de l'œil. Les solutions antiseptiques en lavage sont utiles ; elles désinfectent la fosse nasale et peuvent diminuer le corps étranger s'il est partiellement soluble (cas de Stœrk). Pour les cas où la fosse nasale est irrégulière, rétrécie, avec synéchies, on ne peut poser de règles générales. Il ne faut pas négliger le traitement consécutif des granulations et des points dénudés.

J'ai voulu appeler l'attention sur l'importance de la rhinoscopie dans le cas de coryza unilatéral qui est presque toujours caractéristique d'un rhinolithe ou d'un corps étranger.

(1) WIENER MED. PRESSE, 1882.

(2) MON. FÜR OHRENH. 1882, n° 7.

(3) Des granulations très vivaces peuvent parfois (chez les adultes) en imposer pour une tumeur maligne (Voy. le cas de Jacquemart).

(4) L'introduction de l'index derrière le voile offre alors de grands avantages (Voy. mon cas n° 5).

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

Travaux étrangers.

SUR LE LAIT ET LE COLOSTRUM, par OPITZ (1).

On considère les corpuscules du colostrum comme un produit régulier de la sécrétion mammaire, lorsque la glande fonctionne lentement. Ces éléments disparaissent plus ou moins complètement, et sont remplacés par les globules du lait, quand la mamelle est en pleine activité fonctionnelle.

L'auteur rappelle qu'on observe des corpuscules du colostrum chez les enfants et les adultes des deux sexes, dans bien des circonstances. C'est à cette sécrétion lente que sont dues les croûtes qui se rencontrent si souvent sur le mamelon de certaines jeunes filles ou femmes dont les soins de propreté laissent à désirer.

SUR L'ÉTAT ACTUEL DE NOS CONNAISSANCES RELATIVEMENT AU RAPPORT QUI EXISTE ENTRE L'ECZÉMA DU MAMELON OU UNE AFFECTION RESSEMBLANT A L'ECZÉMA, ET LES TUMEURS MALIGNES DE LA MAMELLE, par ATLEE (2).

Atlee passe en revue les observations citées par Paget, Butlin, Morris et d'autres, où un eczéma du mamelon avait précédé de quelques années le développement d'une tumeur maligne de la mamelle. Les recherches d'Atlee l'ont amené à conclure qu'il existe une affection du mamelon et de l'aréole ressemblant à l'eczéma, mais en différant au double point de vue clinique et microscopique ; affection qui gagne les canaux galactophores, et devient un véritable cancer de la mamelle. L'auteur rappelle que Nélaton a publié des faits de ce genre dès 1855.

HÉMIPLÉGIE HYSTÉRIQUE S'ACCOMPAGNANT D'UNE SORTE D'ŒDÈME DU CÔTÉ PARALYSÉ, COÏNCIDANT AVEC LA MENSTRUATION, par WEIR MITCHELL (3).

Weir Mitchell cite trois cas d'hémiplégie hystérique, où il a observé une sorte d'œdème des extrémités des membres et du sein, du côté paralysé, coïncidant avec l'époque menstruelle. Ce phénomène se produisait en quelques heures. On ne remarquait aucun changement de coloration dans les régions paralysées, mais le transfert ne pouvait plus s'obtenir. Chez une de ces malades, la température, du côté atteint, s'abaissait de

(1) *Ueber die Begriffe Milch und Colostrum*, von doct. Opitz. CENTRALBL. F. GYN., 1884, n° 33.

(2) Atlee. *Der gegenwärtige Stand unserer Kenntnisse in Betreff des Zusammenhanges von Ekzem und einer dem Ekzem æhnlichen Affection der Brustwarze mit einer malignen Erkrankung der Brustdrüse.* AMERIC. JOURN. OF MED. SCIENCES, 1884. Ann. dans CENTRALBL. F. GYN., 1884.

(3) AMERIC. JOURN. OF MEDIC. SCIENCES. 1884. Ann. dans CENTRALBL. F. GYN., 1884, p. 640.

1/4 à 3/4 de degré. An moment où apparaissait l'œdème, l'anesthésie s'accentuait davantage.

ETUDE SUR L'ENDOMÉTRITE, par PUTNAM JACOBY (1).

Putnam considère la muqueuse utérine comme la région la plus importante de l'appareil général. L'involution incomplète de cette muqueuse, après la menstruation on après l'accouchement, est la cause la plus fréquente de l'endométrite. Les signes de cette affection consistent, surtout, en une douleur provoquée au niveau de l'orifice interne par l'introduction d'une bougie, même de tout petit calibre. Le fond de l'utérus est sensible par le palper. Il existe de la dysménorrhée. D'après Putnam, la douleur accusée par les malades, pendant la menstruation, n'est jamais causée par l'ovaire, mais par l'endométrite.

A la suite de l'endométrite, on observe des inflammations conjonctives du bassin, du péritoine, des trompes, du col, et diverses déviations. Comme traitement, l'auteur conseille les cautérisations de la cavité utérine. On doit choisir, pour pratiquer cette opération, la semaine qui suit les règles, et cesser toute intervention dix jours avant l'apparition suivante du flux menstruel.

SUR L'ANATOMIE DE L'URÈTHRE DE LA FEMME, par SCHÜLLER (2).

Le travail de Schüller est presque uniquement consacré à l'étude des canaux qui s'ouvrent au voisinage de l'orifice uréthral chez la femme, et qui ont été considérés par Kock comme la terminaison des canaux de Gærtner. Schüller a trouvé constamment deux orifices, un de chaque côté du méat, et quelquefois un troisième situé sur la partie médiane. Ces ouvertures sont souvent entourées d'un repli circulaire de la muqueuse. Pour les découvrir, il faut écarter l'une de l'autre les deux lèvres du méat, et tirer en bas la lèvre postérieure. Ces canaux, que l'auteur désigne sous le nom de *canaux uréthraux* (urethralgænge), se distinguent des lacunes de l'urèthre, par leur situation, leur longueur et leur structure. Ils sont appréciables, principalement, pendant la grossesse, sont plus courts et plus étroits chez les enfants ou chez les femmes arrivées à la ménopause. Au delà de leur orifice, de 1 millimètre environ, ces canaux s'élargissent, et pénètrent dans les tissus, bien plus profondément que les lacunes, jusqu'à 2 1/2 et 3 centimètres. Le canal médian, lorsqu'il existe, n'atteint que la moitié de cette longueur.

Les deux latéraux sont, la plupart du temps, de dimension inégale. Vers leur partie profonde, ces canaux se divisent et se subdivisent, jusqu'à former sept ou huit tubes tapissés d'épithélium. Ceux-ci ne dépassent pas le muscle orbiculaire de l'urèthre. Chez le fœtus, la lumière de ces canaux est plus étroite, et chez un embryon de 28 centimètres, on ne peut les distinguer de la muqueuse des lacunes ou de l'urèthre.

L'épithélium des *canaux uréthraux* diffère du revêtement des canaux de Gærtner chez les animaux. Le premier est semblable à l'épithélium de l'urèthre; le second est formé d'une ou deux couches de cellules cylindriques, parfois à cils vibratiles. Dans la paroi postérieure de ces canaux, on observe des orifices glandulaires et des glandes identiques à celles qui existent dans l'urèthre.

L'auteur conclut de ses recherches, que les canaux uréthraux n'ont rien de commun avec les canaux de Gærtner. Leur situation dans les parois de l'urèthre et non du vagin, leur orifice s'ouvrant au niveau du méat, au lieu du vagin ou du vestibule, la nature de leur épithélium, enfin leur absence chez un fœtus de 28 centimetres, tout, en un mot, est contraire à l'opinion de Kock, qui les a considérés comme les homologues des canaux de Gærtner.

Schüller ne se prononce pas sur la signification morphologique et physiologique de ces canaux, pas plus que sur leur origine embryologique.

Dr DE SINÉTY.

(A suivre.)

(1) NEW-YORK MED. RECORD, 1884, et CENTRALBL. F. GYN., 1884, p. 668.

(2) Schüller. *Ein Beitrag zur Anatomie der weiblichen Harnrœhre.* VIRCH. ARCHIV., Bd XCIV et CENTRALBL. F. GYN., 1884, nº 45.

CORRESPONDANCE MÉDICALE

ETUDES COMPARATIVES SUR LA RÉSISTANCE AU REFROIDISSEMENT DE L'ÉTOFFE EN PLUME.

Tout en continuant à expérimenter, au point de vue clinique, l'étoffe de plume dont j'ai déjà entretenu les lecteurs de votre journal et constatant des succès journaliers, je résolus d'en étudier la résistance au refroidissement comparativement avec une étoffe de soie et une autre de laine.

Pour cela, je choisis trois morceaux de tissus, l'un en plume, le deuxième en soie et le troisième en laine; je les pris de même poids et de même couleur, pour éviter la cause d'erreur qui serait résultée de l'emploi de couleurs différentes.

Pour éviter celle qui pourrait être due à l'évaporation de la quantité d'eau plus ou moins grande absorbée par les tissus, je les dépouillai de toute humidité par un séjour de 24 heures sous une cloche contenant du chlorure de calcium.

Ceci posé, je pris un flacon en verre blanc de forme cylindrique et d'une capacité de cent cinquante-cinq centimètres cubes. Je remplis ce flacon d'eau distillée à une température voisine de celle de l'ébullition et je le bouchai d'un bouchon de liège dans lequel passait à frottement la tige d'un thermomètre centigrade à mercure, de manière que la boule du thermomètre fût au milieu du liquide, et je suspendis ce système isolé au milieu d'une pièce dont la température, mesurée par un autre thermomètre, resta constante pendant toutes mes opérations et se maintint à 15 degrés centigrades.

Je mesurai d'abord les refroidissements du flacon de verre nu et j'attendis que le thermomètre se fût abaissé à 60° pour noter mes observations. Pendant que le thermomètre descendit de 60° à 55°, le temps écoulé fut de 7 minutes; de 55° à 50°, il fut également de 7 minutes.

Alors je vidai le flacon, je le remplis d'eau bouillante, je le réadaptai au thermomètre comme il a été dit ci-dessus et je l'enveloppai d'une étoffe de plume.

Lorsque le thermomètre fut descendu à 60°, je notai l'heure; je la notai encore lorsqu'il atteignit 55°, et entre ces deux observations il s'était écoulé 21 minutes 15 secondes. Je notai l'heure également lorsque le thermomètre atteignit 50° et le temps écoulé se trouva de 21 minutes 45 secondes.

Je repris la même série d'opérations avec la soie et j'obtins 14 minutes 45 secondes pour le temps écoulé pendant que le thermomètre descendait de 60° à 55° et 15 minutes pendant qu'il descendait de 55° à 50°.

Pour la laine, le thermomètre mit, pour descendre de 60° à 55°, 12 minutes 10 secondes; de 55° à 50°, 11 minutes 30 secondes.

Le tableau suivant fera saisir d'un coup d'œil la résistance au

refroidissement mesurée par le temps écoulé pendant que le thermomètre s'abaissait de 10°.

	Temps écoulé.
Verre nu	14'
Étoffe de plumes	43'
Étoffe de soie	29' 45"
Étoffe de laine	23' 40"

En présence de ces résultats, ne suis-je pas autorisé à employer l'étoffe de plume dans tous les cas où il est besoin d'une résistance énergique à toutes les causes de refroidissement? C'est du reste ce que je fais, et je m'en trouve bien.

Dès que j'aurai quelques instants de liberté, je me propose de mesurer directement et comparativement les propriétés idio-électriques des étoffes de plume, de laine et de soie; et, quoique dans tous les traités de physique la plume soit notée comme ayant pour l'électricité un pouvoir de conductibilité supérieur à celui de la laine et de la soie, je ne doute pas que dans ce cas l'étoffe de plume ne soit aussi beaucoup plus idio-électrique.

Dr L. Joly.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Galvanocautère a accumulateurs (1), par le docteur Jules Chéron, docteur ès sciences, médecin de Saint-Lazare.

En 1821, Récamier et Pravaz utilisèrent les premiers les propriétés calorifiques du courant de la pile en faisant des tentatives de destruction du cancer utérin, à l'aide d'un fil de platine porté au rouge. L'appareil ne prit une forme réellement pratique qu'à partir de 1854, époque à laquelle parut le premier ouvrage important sur la galvanocaustie thermique, dû à Middeldorpf, de Breslau.

Dès ce moment, la pile de Grenet et ses dérivés ouvrirent une ère nouvelle à ce moyen chirurgical.

De 1854 à 1874, l'instrumentation de la galvanocaustie thermique fit de remarquables progrès que vint enrayer la création du thermocautère du docteur Paquelin, application ingénieuse de l'élévation de température produite sur la mousse de platine par les vapeurs combustibles.

La commodité de cet instrument, son faible poids et son peu de volume, ont séduit, à juste titre, les chirurgiens et les médecins, et, malheureusement, les grandes propriétés fondamentales de la galvanocaustie thermique ont été laissées dans l'ombre.

Cependant, ce n'est qu'avec la galvanocaustie thermique qu'on peut placer le cautère à froid et le porter au rouge, une fois en place. En outre, l'exiguïté des cautères galvaniques peut être poussée très loin, et les effets du rayonnement sont, par suite, réduits au minimum. De plus, le cautère galvanique peut prendre la forme d'une anse simple ou double, et, lui seul, a de semblables propriétés. Enfin avec la galvanocaustie on peut obtenir une température plus élevée qu'avec aucun autre moyen.

Il n'est pas jusqu'aux caractères de l'eschare faite par le galvanocautère qui ne différencient ce dernier du cautère actuel.

En effet, d'après les expériences de M. Bœckel, que nous avons souvent répétées, l'eschare du galvanocautère est mince, dure, s'éliminant lentement, avec une zone inflammatoire presque nulle, pouvant même être cachée dans les cavités closes sans produire le moindre accident.

Pour pratiquer des opérations sur l'utérus, telles que l'ignipuncture, l'amputation du col, l'exérèse du cancer, le curettage de la cavité utérine, l'ablation des polypes fibreux, etc., l'emploi du galvanocautère est incomparable, tant au point de vue de la facilité opératoire que des résultats. Il y a donc lieu de ne pas abandonner un moyen aussi précieux, comme l'ont d'ailleurs compris quelques chirurgiens.

La première tentative d'application des accumulateurs électriques à la chirurgie fut faite par M. Trouvé, à l'aide de la pile secondaire de M. Planté, accumulateur en surface qui ne peut rougir qu'un petit cautère, tout au plus pendant 7 à 8 minutes.

La modification apportée à la pile secondaire de Planté par M. Faure, créateur des accumulateurs en profondeur on à oxydes, en ouvrant une ère nouvelle aux applications industrielles de l'électricité, permet aujourd'hui de rendre à la galvanocaustie thermique la place qui lui est due (1).

L'accumulateur Faure a subi des perfectionnements successifs qui ont eu pour résultat une capacité plus grande dans la puissance d'emmagasinement et une réduction de poids et de volume.

Un ingénieur fort distingué, M. Paul Gadot, nous a construit les accumulateurs qui représentent la partie active de notre galvanocautère. Une légère modification nous a permis de les rendre étanches, condition essentielle d'un appareil médical de ce genre.

Nous avons fait disposer, par M. Charles Dubois, constructeur d'instruments de chirurgie, ces accumulateurs dans une boîte avec les différents cautères. Il est facile de les en sortir, soit pour les employer, soit pour les recharger.

L'intensité du courant fourni par chacun de ces accumulateurs est de 20 ampères; la force électro-motrice est de 2 volt 1/4 pour chacun d'eux. — Les cordons conducteurs, réunis dans une gaine de caoutchouc, ne sont ni lourds ni embarrassants comme les anciens cordons des piles à galvanocaustie.

Pour les opérations pratiquées sur l'utérus, et pour la plupart de celles faites sur la peau, tumeurs, etc., il suffit de l'appareil à deux accumulateurs. Dans le cas de cautères ou d'anses de dimensions excessives, on se sert tout simplement de 3 ou même de 4 accumulateurs réunis en tension. Pour la chirurgie des cavités telles que l'oreille, la gorge, le nez, un accumulateur est suffisant.

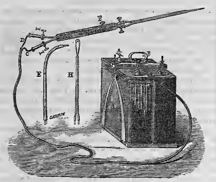
L'éclairage de ces mêmes cavités, si utile et si facile aujourd'hui depuis l'invention des lampes à incandescence, s'obtient aussi avec ces accumulateurs, plus commodément qu'avec les piles au bichromate. A notre clinique et dans la pratique, nous éclairons le spéculum à l'aide d'un de ce accumulateurs qui

(1) L'insertion de cette note, présentée à l'Académie de médecine dans la séance du 18 novembre 1884, par M. Léon Labbé, a dû être ajournée par suite de l'abondance des matières.

(1) Un otologiste de Bruxelles, M. Bayer, dans une communication au congrès de Copenhague, a fait ressortir les avantages qui pourraient résulter pour la médecine et la chirurgie de l'emploi des accumulateurs. Seulement les accumulateurs dont il a préconisé l'usage sont d'un poids double de ceux que nous employons. Il ne donne, d'ailleurs, aucun détail relativement à leur emploi et à la durée de leur débit.

Dans une note antérieure, M. Bayer rapporte une expérience, faite par lui, à l'aide d'un accumulateur Faure du poids de 8 kilogrammes, d'après laquelle cet appareil ne semblerait pas bien supérieur, en débit, à l'accumulateur de M. Planté.

peut entretenir une lampe à incandescence de deux hongies pendant dix heures en moyenne.



A. Accumulateurs dont la paroi antérieure de l'un d'eux est enlevée pour montrer la disposition des lames.
F. Pédale du manche porte-cautère.
E. H. Cautères.
D. C. Conducteurs dont les extrémités I, I sont fixées au manche.

Quant à la durée de la décharge de ces accumulateurs, elle est inversement proportionnelle à la quantité d'électricité absorbée par le cautère employé. Les cautères ordinaires (flèche, couteau, anse galvanique) absorbent une quantité d'énergie électrique égale à 25 à 28 ampères-heure ; l'accumulateur, dont la puissance n'est que de 20 ampères-heure, épuisera donc son approvisionnement en 40 à 45 minutes. Sauf des cas assez rares, il n'est pas d'opération dans laquelle l'emploi du courant galvanothermique ait une durée *effective* aussi longue. Rien n'empêche d'ailleurs, si les conditions opératoires l'exigent, de tenir en réserve un second groupe tout prêt.

Dans le cas de l'éclairage médical, la lampe, n'ayant besoin pour fonctionner que d'une énergie s'élevant à peine à un ampère-heure, la durée de la provision électrique sera, on le voit, de 10 à 20 heures selon que l'on emploiera 1 on 2 accumulateurs.

On sait que l'énergie de la pile chirurgicale au bichromate de potasse se proportionne à l'immersion plus ou moins grande des lames, zinc et charbon, dans le liquide actif. Il n'en est plus de même pour l'accumulateur, dont la décharge est sensiblement uniforme du commencement à la fin. Or, la température chirurgicale par excellence, étant celle du rouge sombre, on doit s'attacher à maintenir les cautères à ce degré-là.

Cette condition, facile à remplir, comme noue le disions plus haut, avec les piles au bichromate, ne peut guère s'obtenir, avec les accumulateurs, que des deux manières suivantes :

1° Soit à l'aide d'un rhéostat.

Cet instrument est surtout utile dans le cas où l'on a une faible énergie à développer ; tel est le cas des petits cautères ou de la lampe médicale.

Dans le cas des grands cautères nous lui préférons l'appareil suivant qui ne permet aucune tranformation limitée du courant :

2° Une roue analogue à la roue de Masson est intercalée dans le circuit. Elle est fixée dans la boîte et sa rotation plus ou moins rapide, modérant plus ou moins l'écoulement du courant, on maintient de la sorte les cautères à la température voulue (rouge sombre, rouge cerise, rouge blanc, etc.)

Quand les accumulateurs ont épuisé leur provision, la recharge peut se faire de deux façons :

1° Soit à l'aide des machines dynamo-électriques, chez le fabricant d'accumulateurs ;

2° Soit dans le cabinet du praticien, à l'aide de trois ou quatre éléments de pile d'une force électro-motrice un peu supérieure à celle des accumulateurs et d'un débit moyen de 12 ampères-heure par kilogramme de plaque.

Nous avons créé un dispositif commode et durable en faisant usage de la pile au sulfate de mercure. Afin que cette note ne prenne pas des dimensions trop considérables, nous nous proposons d'en faire le sujet d'une communication ultérieure.

En résumé, le galvano-cautère à accumulateurs, tout en conservant toutes les propriétés de la pile à galvanocaustie thermique, fait disparaître ses plus graves inconvénients.

Il n'est pas douteux que l'avenir de ce remarquable moyen chirurgical réside tout entier dans l'utilisation bien comprise des accumulateurs.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Etude sur la méningite tuberculeuse de l'adulte, par A. Chantemesse.

Les travaux parus dans ces dernières années ont élargi considérablement le cadre de certaines maladies et particulièrement de celles qui ont pour siège les centres nerveux. La doctrine des localisations cérébrales notamment s'est trouvée agrandie et fortifiée à la suite de ces travaux, et c'est à juste titre qu'elle occupe maintenant un rang définitif et élevé en pathologie. Parmi les maladies auxquelles nous faisons allusion, il en est une, la méningite tuberculeuse, dont l'étude a bénéficié d'une manière toute spéciale de ces recherches et à laquelle cette notion nouvelle des localisations fournit un appui des plus solides. En effet il existe, entre les lésions déterminées au niveau des centres nerveux et de leurs enveloppes par le fait du développement de tubercules, et l'expression symptomatique de ces lésions, une relation étroite, un véritable rapport adéquat qui permet dans bien des cas de conclure de l'une à l'autre et qui donne l'explication de certaines formes anormales et s'écartant de la physionomie clinique habituelle de la méningite tuberculeuse, telle qu'elle existe dans la forme classique, représentée surtout par la méningite tuberculeuse des enfants.

C'est l'étude de ces formes anormales et encore incomplètement connues qui constitue l'objet principal du remarquable travail de M. Chantemesse. Dans ce travail, œuvre d'un clinicien sagace et d'un esprit distingué, l'auteur a recueilli et analysé un assez grand nombre d'observations qui nous font voir la méningite tuberculeuse sous des aspects cliniques très variés et déterminant des symptômes bien capables de

faire prendre le change et d'imprimer au diagnostic une direction erronée. Ainsi, dans bon nombre de cas, la maladie peut rester *latente* des semaines, des moie et même des années, et ne ee révéler en quelque sorte qu'à l'antopsie. Dans d'autres, elle s'affirme d'une manière brusqne et soudaine, le début se fait sans transition, par un accident étranger en apparence à l'évolution d'un processus chronique et qui sera constitué tantôt par une attaque apoplectiforme, tantôt par une série d'attaques d'épilepsie générale on partielle, d'autres fois par une véritable attaque hémiplégique semblable en tous points à celles qui résultent des lésinns dites *en foyer*. Chez certains malades, l'apparition de tronbles intellectuels et cérébraux constitue la première et pendant quelque temps l'unique manifestation de la tuberculisation méningée, que celle-ci d'ailleurs se montre primitivement (*méningites primitives*) ou qu'elle soit précédée et accompagnée d'autres localisations tuberculeuses viscérales (*méningites secondaires*). Les troubles cérébraux peuvent même dominer la scène et l'occuper tout entière, de telle sorte que l'on croit avoir affaire à une affection mentale, à une vésanie, laquelle pourra être caractérisée tantôt par un simple affaiblissement des facultés, par une diminutinn de la mémoire ou un changement du caractère et tantôt par des tendances délirantes qui, dans certains cas, iront jusqu'à un état voisin de la manie aiguë, avec tendances impulsives dangereuses, hallucinations, etc.

Lorsque la moelle est envahie à son tour par la poussée tuberculeuse, les phénomènes deviennent plus complexes et l'on a alors le tableau d'une affection médullaire, d'nne véritable myélite à marche envahissante et à manifestations périphériques semblables à celles que présente la myélite aiguë proprement dite. Les différentes formes que M. Chantemesse a étudiées avec soin se rencontrent assez souvent chez l'adulte, mais les observations recueillies ne sont pas encore assez nombreuses pour permettre d'établir exactement leur degré de fréquence, comparée à celle dee formes fébriles inflammatoires qui constituent la méningite tuberculeuse commune.

Après avoir exposé ainsi les diverses modalités cliniques de la méningite tuberculeuse et après avoir fait ressnrtir l'importance de leur étude ainsi que les difficultés inhérentes à leur diagnostic, M. Chantemesse a cherché dans l'anatomie pathologique l'explication de ces faits, et cette étude l'a conduit à la constatation de quelques particularités importantes et intéressantes au point de vue de l'histoire des localisations cérébrales. Dans un certain nombre de cas, correspondant à ceux où les malades avaient présenté durant la vie des phénomènes partiels tels que contracture, épilepsie jacksonienne, attaque apoplectiforme, il a relevé l'existence de lésions assez nettement localisées et auxquelles il assigne une origine inflammatoire plutôt que nécrobiotique, contrairement à l'hypothèse inverse émise par Rendu dans un important travail sur ce sujet. Parmi ces lésions, il convient de signaler particulièrement celles qui constituent les *méningites en plaques*, dont M. Chantemesse a fait ressortir l'importance clinique en montrant qu'elles peuvent évoluer et agir à la manière d'une lésion en foyer à laquelle toutee les lois des localisations cérébrales sont applicables. Cette étude constitue sans nul doute nn des points nriginaux et intéressants de son travail et contribuera à éclairer d'un jour nouveau la physiologie pathologique des symptômes de la méningite tuberculeuse.

P. MUSELIER.

THE MEDICAL CHRONICLE, A MONTHLY RECORD OF THE PROGRESS OF THE MEDICAL SCIENCES. MANCHESTER, J.-E. CORNISH.

Cette nouvelle revue, dont le troisième fascicule vient de paraître, est dirigée par James Nivey et W.-J. Sinclair. Elle compte dans son comité de rédaction : J. Thornburn, Charles Cullingworth, Julins Dreschfeld, David Little, James Ross, etc. Son bnt est de publier des travaux originaux et de donner en même temps une revue aussi complète que possible des mémoires publiés dans les différents jonrnaux de la Grande-Bretagne et de l'étranger. Une très grande extension est donnée à ces analyses qui sont faites avec le plus grand soin ; la part faite aux journaux et revues de notre pays est bien en rappnrt avec le mouvement scientifique considérable des dernières années. Parmi les mémoirès originaux lee plns intéressants qui aient été publiés jnsqu'à présent, je citerai nn travail de William Roberts sur la recherche de l'albumine de l'urine ; un mémoire de J. Dreschfeld sur les complications pulmonaires dn diabète, et des notes diverses de George Robertson, Henri Ashby, sur le drainage chirurgical, l'ictère des nouveau-nés, etc. Nous souhaitons la bienvenue à notre confrère de Manchester; son succès est assuré, s'il continue à apporter le même soin dans le choix de ses mémoires originanx et la même précisinn dans ses analysee.

ALBERT ROBIN.

REVUE DES THÈSES

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE OU TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE PAR LE SEIGLE ERGOTÉ. — Thèse par A. Grillière.

Les idées de M. Duboué (de Pau) sont exposées tont au long dans cette thèse qui contient seize nouveaux faits, les uns observés dans le service de M. Dujardin-Beaumetz, les autres communiqués par divers médecins.

Le remède a été donné en poudre à la dose de 1 à 2 grammes, et plus rarement en iojection sous-cutanée d'ergotinisme Tanret à la dose de 1 milligramme Eo même temps, il est vrai, on traitait les malades par les purgatifs, les ventouses, le vio, le lait.

Sous l'influeoce de l'ergot de seigle, la diarrhée est devenue moins fétide et moins abondante ; la cyanose et la congestion pulmonaire ont été favorablement modifiées. Quant à l'action antithermique du médicament, l'auteur signale des chutes de 1, 2 et même 3 degrés.

La période menstruelle n'est pas une contre-indication.

PAUL DALCHÉ.

FORMULAIRE

SUPPOSITOIRES POUR LE TRAITEMENT DES FISSURES A L'ANUS.

(THOMPSON).

Rec. Sulfate de morphine... 0 gr. 03
Extrait de belladone... 0 gr. 06
Beurre de cacao... q. s.

Pour f. s. a. un suppositoire.

Introduire tous les jours un et même deux suppositoires semblables. Au dire de Thompson, on obtiendrait ainsi à la longue la guérison des fissures à l'anus, chez les sujets qui se refusent à subir la dilatation forcée.

(MED. AND SURG. REPORTER.) E. R.

NOTES & INFORMATIONS

La conférence *Scientia*. — Trois de nos confrères de la presse scientifique viennent de fonder sous ce titre des réunions périodiques d'un grand charme et d'un grand intérêt. La conférence se réunit tous les deux mois dans un banquet auquel seront conviés les savants ayant accompli une œuvre mémorable ou fait une grande découverte.

« Notre but, disent les fondateurs, est d'organiser une réunion intime des principaux représentants de la presse et de la littérature scientifiques, de tous ceux qui aiment la science et le progrès. On s'y occupera des découvertes et des travaux scientifiques; on y célébrera nos savants illustres et nos grands inventeurs. Invités à prendre place au milieu de nous, ils sauront nous inspirer par leur présence l'ardeur et la persévérance qui les animent. »

Le premier banquet a eu lieu jeudi dernier, dans les salons de Lemardelay, sous la présidence de M. Jamin, membre de l'Institut, et la présidence d'honneur de M. Chevreul, dont on fêtait le quatre-vingt-dix-huitième anniversaire. Il a été offert gracieusement par les trois promoteurs de la conférence, MM. Charles Richet, Gaston Tissandier et Max de Nansouty : plus de soixante savants ou représentants de la presse scientifique ont répondu à leur invitation, et parmi eux nous citerons au hasard, à côté des deux présidents, MM. Frémy, Hervé-Mangon, Paul Bert, Berthelot, Alphonse Milne-Edwards, colonel Perrier, amiral Mouchez, Janssen (de l'Institut); MM. Louis Figuier, Gariel, Georges Berger, Lauth, Oustalet, Stanislas Meunier, Landouzy, Laborde, de Ranse, Vallin, de Parville, Topinard, Ribot, Félix Hément, Nicolas, Flammarion, Gley, Cartaz, Rivière, Ferrari, Maunoir, etc., appartenant à des titres divers à la presse scientifique.

Au dessert, M. Jamin a porté un premier toast aux organisateurs de la conférence; il a dit en termes excellents qu'entre les aînés et les cadets des convives de ce banquet, entre les maîtres et les disciples, entre ceux qui font la science et ceux qui la vulgarisent, il y a un autre lien, un autre trait d'union que la science : celui de l'amitié. Puis il a porté le toast de M. Chevreul, qui lui a répondu longuement, et qui, parmi tous les titres qu'on lui donne, préfère toujours celui de *premier étudiant de France*.

Les trois organisateurs de la conférence *scientia* ont pris successivement la parole pour développer l'idée qui a inspiré leur œuvre et pour remercier leurs hôtes de leur empressement à répondre à leur appel. Des applaudissements unanimes leur ont montré toute la sympathie qu'a éveillée leur initiative chez leurs maîtres comme chez leurs confrères, dont un jeune ingénieur s'est fait l'éloquent interprète. La série des toasts semblait épuisée, quand, sous la pression des sollicitations de plusieurs convives, M. Paul Bert a pris la parole et a tenu l'assistance sous le charme d'une improvisation dans laquelle, relevant un peu le gant que M. Jamin avait jeté aux savants qui se laissent distraire par la politique, il a montré comment la politique vient en aide à la science, en travaillant à sa vulgarisation dans les masses par le développement de l'instruction à tous les degrés.

Sur la proposition de Jamin, le prochain banquet aura pour président d'honneur M. Pasteur et pour président effectif l'un des jeunes, M. Charles Richet.

Tous ceux qui ont assisté au banquet du 11 décembre, et à qui l'on a remis gracieusement la carte de membre titulaire de la conférence *Sciencia*, garderont de cette première réunion le meilleur souvenir et auront peu de peine à travailler au succès d'une œuvre si heureusement inaugurée.

— Société médicale du IIIe arrondissement (mairie du Temple). — *Protestation contre la création, pendant l'épidémie cholérique, des médecins délégués de la Préfecture de police.* — La Société médicale du IIIe arrondissement a décidé, dans sa séance du 28 novembre, qu'elle se ferait l'interprète des plaintes nombreuses qu'a provoquées dans le corps médical l'institution des médecins délégués de la Préfecture de police, créée pendant l'épidémie cholérique. Dans le but de n'entraver en rien l'action administrative, nous avons cru devoir attendre la fin de l'épidémie; le moment nous semble actuellement venu de signaler au Conseil d'hygiène et de salubrité les inconvénients multiples que présente cette mesure.

Nous sommes loin assurément de mettre en doute le dévouement des médecins délégués, mais nous fondant sur l'examen des cas de notre arrondissement nous estimons que leur intervention a été très souvent inutile et toujours blessante pour la dignité des médecins traitants.

L'administration a, dans la dernière épidémie, été avisée des cas de choléra de deux façons différentes : tantôt le médecin traitant les notifiait lui-même, tantôt c'était la rumeur publique. Dans le second cas seulement, à notre avis, l'administration était autorisée à déléguer un médecin pour donner les premiers soins et vérifier le diagnostic; dans le premier cas, nul mieux que le médecin traitant n'était apte à fournir un diagnostic exact et il n'était nul besoin d'un médecin contrôleur. Or ce n'est pas ainsi que les choses se sont passées; dans tous les cas, non seulement un, mais plusieurs délégués sont venus successivement visiter les malades, les alarmer et jeter quelquefois du discrédit sur le médecin de la famille.

Si l'on nous objecte que les médecins délégués étaient chargés de présider aux mesures de désinfection, nous n'aurons aucune peine à démontrer qu'un inspecteur de police muni d'instructions précises serait plus apte qu'aucun médecin à ce genre de service.

La Société médicale du IIIe arrondissement a décidé qu'elle protesterait contre l'institution des médecins délégués; elle espère que, à l'avenir, l'administration ménagera un peu plus les susceptibilités du corps médical. Elle a lieu de compter que d'autres protestations viendront se joindre à la sienne et que les sociétés médicales, la presse et tous les praticiens, tiendront à honneur de faire respecter notre dignité. En conséquence, nous invitons nos confrères à adresser leurs protestations ou leur adhésion à la nôtre, au président de la Société médicale du IIIe arrondissement, à la mairie du Temple. Ces protestations seront elles-mêmes transmises au président du Conseil d'hygiène et de salubrité.

Paris, le 3 décembre 1884.

Lenoir, *président*. Collineau, *secrétaire-général*.

Rueff et Paul Boyer, *rapporteurs*.

Nous insérons cette protestation sans commentaires, nous réservant de revenir peut-être un peu plus tard sur la question. Nous saisissons toutefois cette occasion pour présenter une petite remarque. M. Hardy, dans la dernière séance de l'Académie de médecine, a dit, non sans raison, que l'administration a fait beaucoup trop de bruit autour des mesures qu'elle a prises. Dans toutes les circonstances où elle a eu la parole, elle s'est délivré à elle-même de nombreux *satisfecit*. Ce contentement intime de l'administration est-il ou non justifié? Il importe d'examiner de près cette question, car l'épidémie peut faire un retour offensif, et c'est pendant la période de tranquillité qu'elle nous laisse qu'on peut organiser et perfectionner les moyens de lutter plus tard contre elle.

— Société des chirurgiens des hôpitaux. — Cette société, examinant la question de la désaffectation de l'hôpital Bichat en temps d'épidémie, a été unanime à reconnaître que, s'il est à désirer d'avoir à Paris, comme cela existe dans d'autres capitales de l'Europe, des hôpitaux d'attente vides en temps ordinaires, et destinés à recevoir des malades atteints de maladies épidémiques, il serait par contre on ne peut plus regrettable d'admettre qu'à la moindre menace d'épidémie on puisse supprimer d'un trait de plume un hôpital. Il a donc été décidé que des démarches seraient faites dans ce sens auprès de l'administration supérieure, et qu'on

la prierait de rétablir le plus rapidement possible l'important service de chirurgie que M. Terrier occupe à l'hôpital Bichat.

Dans la même séance, M. Péan a été nommé président de la Société

R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie. — On annonce la mort du docteur C. Hamon, parti depuis deux ans en Abyssinie où il avait été envoyé avec une mission scientifique. — Nous apprenons également la mort du docteur Régnier, décédé à l'âge de quatre-vingt-quatre ans.

***

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Planteau est nommé, après concours, chef des travaux anatomiques.

Faculté de médecine de Lille. — M. Coppens, docteur en médecine, est institué, pour une période de trois ans, chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Raynal, dont le temps d'exercice est expiré

Faculté de médecine de Lyon. — M. Barral, licencié ès sciences physiques, est nommé, pour l'année scolaire 1884-1885, préparateur de chimie organique et toxicologie, en remplacement de M. Marc, dont le temps d'exercice est expiré.

— M. Lemoine, docteur en médecine, est institué, pour une période de deux ans, chef de clinique des maladies mentales, en remplacement de M. Royer, dont le temps d'exercice est expiré.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Lauret, préparateur de physique, est délégué en outre, à titre provisoire, dans les fonctions de chef des travaux de physique.

***

Ecole de médecine d'Alger. — M. Vincent, suppléant des chaires de pathologie et de clinique externes, est chargé du cours de pathologie externe et de médecine opératoire, en remplacement de M. Spilmann, décédé.

Ecoles supérieures d'Alger. — [illegible]ficiel du 6 décembre promulgue une loi ayant pour objet d'ouvrir au ministère de l'instruction publique et des beaux-arts (1re session) sur l'exercice 1884, un crédit extraordinaire de 600,000 francs pour la construction des écoles supérieures d'Alger.

Ecole de médecine de Nantes. — M. Guillemet, suppléant d'accouchements, est nommé professeur de clinique obstétricale et gynécologie, en remplacement de M. Vignard, décédé.

Ecole de médecine de Rennes. — M. Regnault, professeur de clinique interne, est transféré, sur sa demande, dans la chaire d'hygiène et thérapeutique à ladite école, en remplacement de M. Pitois, décédé.

Ecole de médecine de Toulouse. — M. Albert (Léonce) est nommé préparateur de chimie et de pharmacie, en remplacement de M. Délieux, démissionnaire.

***

Hopital des Enfants-Malades. — M. le docteur de Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital, reprendra ses leçons cliniques le jeudi 18 décembre, à neuf heures.

Il traitera spécialement cette année des affections oculaires chez les enfants.

— Par suite de la nomination de M. le docteur Le Fort comme professeur de clinique chirurgicale à l'hôpital Necker, en remplacement de M. Trélat, nommé à la Charité, les mouvements suivants ont lieu dans les hôpitaux de Paris :

M. le docteur Tillaux passe de l'hôpital Beaujon à l'Hôtel-Dieu; M. le docteur Cruveilhier, de la maison municipale de santé à l'hôpital Beaujon; M. le docteur Horteloup, de l'hôpital du Midi à la maison municipale de santé, et M. le docteur Humbert, du Bureau central à l'hôpital du Midi.

Hopitaux de Bordeaux. — MM. Lefour et Hirigoyen sont nommés, après concours, chirurgiens adjoints à la Maternité de Pellegrin.

***

Corps de santé militaire. — Par décret en date du 2 décembre 1884, ont été nommés dans le cadre des médecins de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe, MM. les docteurs Gouy, Dony, Ducasse, Lucas, Delarne, Fournac, Leclercq, Beuve, Turquet, Deschand, Jacquelot, Bertrand, Lafarge, Thiberge, Bonnet, Chameron, Chotier, Humbert, Ricoux, Michel, Armedey, Millée, Coudray, Gilson, Leprévost, Gautier, Rey, Jacquin, Sourice, Cazes, Denise, Bourrel, Goethals, Roland, Bennezon, Hugues, Samsoen, Périer, Cordes, Champonnier, Cailiet, Berne, Charvet, Etevenon, Gellé, Contrade, Menou, Bourguet, Bessière, Henrionnet, Châtelet, Leleu, Chahert, Renard, Baratier, Noury, Katz, Trinché, Artus, Hamel, Ramadier, Parisot, Denis, Mesnard, Mondon, Testelin, Gauch, Morival, Dupré, Pagnier, Bouchut, Peyrat.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Thèses de doctorat soutenues pendant l'année scolaire 1884.

257. M. Piussan. Quelques accidents de l'atrésie congénitale du prépuce et de leur traitement. — 258. M. Pousson. De l'intervention chirurgicale dans le traitement et le diagnostic des tumeurs de la vessie dans les deux sexes. — 259. M. Salmon. De l'ostéo-arthrite chronique du genou. — 260. M. Armedey. De l'hydropneumopéricarde médical. — 261. M. Pivaudran. De la syphilis des amygdales. — 262. M. Bourdichon. Des paralysies dans le cours de la colique hépatique. — 263. M. Millée. Etude sur la fièvre typhoïde à début grippal. — 264. M. Enrique de Argaez. Essai sur la dilatation adynamique de l'estomac. — 265. M. Douy. De la folie consécutive à l'insolation. — 266. M. Baron. Du développement du corps de Wolff et du rein chez les vertébrés. — 267. M. Vauthier. Contribution à l'étude du développement du foie. — 268. M. Mesnet. Des érythèmes blennorrhagiques. — 269. M. Chameron. De la blennorrhagie comme affection parasitaire et de son traitement par les injections du bichlorure de mercure. — 270. M. Baradat. Etude sur le bruit de clapotement stomacal. — 271. M. Carlet. Du traitement électrique des tumeurs fibreuses de l'utérus, d'après la méthode du docteur Apostoli. — 272. M. Pouillaude. Etude clinique sur les phlegmons et les abcès profonds de la région temporale. — 273. M. Mesnard. Des exostoses du creux sous-claviculaire. — 274. M. A. Gautier. Des varices profondes du membre inférieur; de leurs signes et des accidents qu'elles peuvent déterminer. — 275. M. Letellier. Du traitement de quelques maladies des yeux par la cautérisation ignée. — 276. M. Galup. Quelques considérations sur le traitement du goitre exophthalmique par l'iode et ses composés.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 30 au samedi 6 décembre 1884.

Fièvre typhoïde 26. — Variole 2. — Rougeole 27. — Scarlatine 2. — Coqueluche 2. — Diphtérie, croup 22. — Choléra 21. — Dysentérie 1. — Erysipèle 3. — Infections puerpérales 3. — Autres

affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 40. — Phthisie pulmonaire 193. — Autres tuberculoses 21. — Autres affections générales 92. — Malformation et débilité des âges extrêmes 55. — Bronchite aiguë 62. — Pneumonie 95. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 20, — au sein et mixte 22. — Inconnu 6. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 127. — de l'appareil circulatoire 75. — de l'appareil respiratoire 80. — de l'appareil digestif 57. — de l'appareil génito-urinaire 24. — de la peau et du tissu lamineux 4. — des os, articulations et muscles 7. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 2. — Morts violentes 21. — Causes non classées 9. — Total de la semaine: 1116 décès.

RÉSUMÉ DE LA 49e SEMAINE

Le nombre de décès survenus à Paris pendant la semaine dernière s'est élevé à 1.116 au lieu de 1.239 observés pendant la semaine précédente.

Le nombre des décès pendant la semaine actuelle n'est pas grossi comme ceux des trois précédentes par le choléra.

Cependant nous devons enregistrer quelques décès, au nombre de 21, survenus dans les premiers jours de la semaine, et qui forment pour ainsi dire le reliquat de l'épidémie. Ces décès ont eu lieu exclusivement dans les arrondissements de l'Est de Paris dans lesquels la maladie avait fait sa première apparition.

Nous n'aurons sans doute plus occasion de parler du choléra dans ce *Bulletin*. Notons avant de quitter ce triste sujet une remarquable observation de M. le maire du IIIe arrondissement. Cet arrondissement, ainsi que son voisin le IVe, a été l'un des plus frappés. Nous avons constaté que le quartier des *Enfants-Rouges* avait compté à lui seul 15 décès par choléra (il a été d'ailleurs complètement indemne depuis le 22 novembre). M. le maire du IIIe arrondissement fait remarquer que 9 de ces décès ont eu lieu dans la seule rue de Picardie, petite rue qui longe le marché du Temple, et qui est occupée en partie par des revendeurs de vieux vêtements, qui, le plus souvent, ne sont pas désinfectés, ni même nettoyés comme le sont presque toujours ceux qui sont vendus dans le marché du Temple. Ces vêtements peuvent transporter non seulement le choléra, mais encore d'autres maladies épidémiques. C'est pourquoi la Commission d'hygiène du IIIe arrondissement a émis le vœu qu'on établît une étuve destinée à désinfecter les habits et les chiffons apportés au marché du Temple.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LA RAGE ET SUR SON TRAITEMENT, par M. P. Gibier, avec une préface de M. H. Bouley, de l'Institut, in-8 avec 1 planche en chromo-lithographie. — Prix : 3 fr. 50. — Asselin et Houzeau, libraires de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES MALADIES DE LA PEAU, L'ECZÉMA, par le docteur L. Deligny, ex-interne de l'hôpital maritime de Berck-sur-Mer, membre de la Société de médecine de Paris, de la Société d'hydrologie médicale de Paris et de la Société française d'hygiène, 1 vol. in-8 de 120 pages. — Prix : 3 francs. — Asselin et Houzeau, libraires de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

I. CONSIDÉRATIONS SUR LA RIGIDITÉ DE L'ORIFICE UTÉRIN PENDANT LE TRAVAIL.

II. ETUDE SUR LA RIGIDITÉ DU COL D'ORIGINE SYPHILITIQUE, par le docteur J.-A. DOLÉRIS, chef de clinique d'accouchement et de gynécologie.

(Suite. — Voir les numéros 49 et 50.)

Influence de la grossesse sur la marche des lésions syphilitiques.—Les fonctions génitales paraissent imprimer aux accidents spécifiques un caractère d'acuité tout spécial. Comme elles aboutissent toutes à des phénomènes congestifs et se résument dans une tendance bien nette à éveiller dans les tissus une vitalité exagérée, il n'y a rien d'étonnant à ce que les observateurs se soient attachés à surprendre les résultats d'une pareille influence sur l'évolution de la syphilis.

La *congestion menstruelle*, au dire de certains auteurs, ne serait pas sans action sur la marche de la maladie ; et il faudrait, selon eux, la rendre responsable de la persistance de métrites à forme intermittente ou plutôt d'inflammations utérines persistantes, mais caractérisées par des exacerbations marquées au moment des règles. Ce réveil de la diathèse se révèlerait chaque mois par une augmentation de volume très notable du col, par une exagération du processus normal. Aimé Martin prétend avoir constaté chez les femmes syphilitiques qu'il a observées à l'hospice Saint-Lazare des poussées de métrite périodique coïncidant avec l'apparition du flux menstruel. Cette opinion a été soutenue dans la thèse de deux de ses élèves. Il est vrai qu'à côté de cette affirmation nous trouvons l'idée contraire en apparence appuyée par d'autres auteurs. L'aménorrhée serait la règle chez les syphilitiques. Sans vouloir discuter ici cette double manière de voir, je ferai remarquer que les deux doctrines ne sont point, dans le fond, absolument adverses. La muqueuse peut, en effet, se soustraire aux conséquences habituelles de la menstruation et l'écoulement sanguin ne point s'accomplir sans que pour cela le tissu échappe au raptus congestif, qui, évoluant pathologiquement, se convertirait en une accentuation du processus plastique dans le tissu musculaire et sous-muqueux. Mais je laisse ce point délicat et j'arrive à quelque chose de plus précis.

La gestation entraîne l'hyperémie permanente des organes génitaux. Elle en augmente activement, au début, le mouvement nutritif et, plus tard, elle accentue ce résultat par la congestion passive de la stase vasculaire, qui succède à la compression des vaisseaux pelviens.

C'est un fait notoire que les tumeurs des régions sexuelles, kystes, fibromes, carcinomes, polypes, etc., subissent le même effet hypertrophiant et reçoivent un coup de fouet véritable du fait du développement de la grossesse.

FEUILLETON

LA POÉSIE MÉDICALE.

Le poète et le médecin s'honorent d'avoir un même père, Apollon. Mais il faut convenir que si le fils de Latone n'a jamais désavoué cette commune paternité, ses enfants ont presque toujours vécu en frères ennemis.

On compterait facilement les cas où la poésie a fait bon ménage avec la médecine.

Le seul médecin bien remarquable que je trouverais peut-être à citer jusqu'à nos jours pour avoir brillé dans la poésie pure serait Haller. Son poème allemand sur les Alpes, ses épitres, ses odes révèlent le vrai poète.

Ecoutez son apostrophe à la Gloire : « Vaine Gloire, néant estimé ! l'antiquité t'éleva des autels, tu es encore aujourd'hui l'idole de l'univers. Fantôme enchanteur, son flatteur, fille du Préjugé, objet des vœux de la Folie, qu'as-tu donc de séduisant pour nous ?

« Tu appris aux peuples heureux de l'âge d'or à devenir les instruments de leur propre malheur..... C'est toi qui excitas la vanité des hommes à rechercher avec ardeur le rang des Princes, que le repos fuit à jamais..... Pour toi, des armées nombreuses volent avec joie à une mort certaine au travers du péril qu'elles méprisent..... Ton feu anime les génies les plus sublimes ; tu enseignes les arts, et tu formes les maîtres. Tu es le soutien de la vertu..... Météore éblouissant, nous cherchons en toi le souverain bien et nous n'y trouvons qu'une vaine apparence, etc... »

En dehors des poésies de Haller, je ne vois plus guère à rappeler que le poème latin de Claude Quillet, sur la *Callipédie* (1). Dédié au cardinal Mazarin, cette œuvre d'un médecin devenu abbé

(1) Un autre poème latin, le *Zodiacus vitæ*, dont le médecin érudit Gabriel Naudé faisait ses délices, présente aussi de beaux passages ; mais je ne saurais en parler ici, car il n'est pas sûr que Pier Angelo Manzolli (anagramme de Marcello Palingenio, signataire du poème) ait exercé la médecine.

Les syphilides n'échappent pas à cette loi. Devilliers, Fournier, Cernatesko, etc., ont mis le fait hors de donte. Sous l'influence de la conception, les lésions spécifiques s'accroissent ou réapparaissent. Il serait superflu d'insister sur le fait en lui-même. Aussi ne me reste-t-il qu'à fournir les preuves cliniques de la propositioo qui fait le sujet capital de ce travail : *l'hypertrophie syphilitique du col liée à l'accident initial de la syphilis.*

L'observation suivante, qui m'est personnelle, est de tons points conforme à la déduction logique des préliminaires de cette étude. Lorsqu'il me fut donné d'examiner de prés la femme qui en est le sujet, je connaissais de date toute récente, les deux observations publiées par le docteur Martinetti, assistant du professeur Chiara, et c'est avec le souvenir de ces deux exemples très frappants que je dirigeai mes investigations.

OBSERVATION I. — *Primipare de 40 ans. — Syphilis récente — Accouchement à 7 mois d'un avorton du poids de 1,000 gr. environ. — Rigidité de l'orifice. — Paresse des contractions. — Incision multiple. — Perforation. — Travail très long.*

Bonnard, veuve Frère, 40 ans, domestique, entre à la clinique d'accouchements, service du professeur Pajot, le 22 mai 1884.

Antécédents. — A marché à 12 mois; mais, à la suite d'une chute, elle a été obligée de s'arrêter et n'a remarché qu'à 4 ans; fièvre typhoïde à 16 ans, premières règles à 20 ans. A l'âge de 18 ans, elle a eu des épistaxis abondantes, qui se répétaient fréquemment, mais sans aucune régularité; les règles duraient trois ou quatre jours, et elle éprouvait une sensation de malaise très prononcée pendant toute leur durée. Cette femme est d'un développement très marqué, de haute stature, d'une apparence de santé qui ne laisse rien à désirer.

Il y a deux ans, la malade se présenta à la consultation de l'hôpital de la Pitié. Elle ne peut ou ne veut donoer aucun renseignement sur la nature du mal qu'elle éprouvait, et qui l'avait engagée à aller chercher une consultation. Elle fut examinée au spéculum, et on lui ordonna des injections vaginales avec du coaltar, des pilules et une solution d'iodure de potassium. La malade ne prit pas les pilules.

Je me hâte de dire que ces renseignements ne m'ont été connus qu'après uoe série d'examens et d'interrogatoires. Très timorée, la malade commença par avouer seulement une maladie vénérienne qui, à sa connaissance, affectait son mari depuis quelques anoées et l'obligeait à se soumettre à un traitement suivi. Peu à peu ses souvenirs revinrent avec mes questions de plus en plus pressantes; je pus reconstituer son histoire à peu près complète, quant à la notion précise de la syphilis. Je serai moins affirmatif sur le début réel de la maladie, car le caractère récent des accidents que je lui découvris et qu'on trouvera décrits plns loin me laissa fort perplexe. Etait-il question d'un *chancre redux* du col, c'est-à-dire d'une syphilide indurée reparaissant sur le foyer mal éteint d'une lésion initiale ancienne?... L'hypothèse est permise. Toutefois les renseignements ultérieurs me feraient plutôt croire qu'il y a du vague dans les souvenirs de la malade et que le début du mal est plus rapproché de l'époque actuelle qu'elle ne le dit. Au surplus, elle est d'un état intellectuel très obtus.

Grossesse actuelle. — Dernières règles fin septembre 1883; depuis cette époque, elle n'a plus eu de pertes de sang d'aucune sorte. Elle n'a éprouvé aucuo trouble sympathique, aucune réaction dans son état général en rapport avec le début de la gestation. Au commencement de ce mois (mai 1884), elle vit apparaître sur la partie antérieure du thorax uoe éruption de petites papules rouges, saillantes, qui s'étendirent peu à peu, gagnèrent la partie antérieure de l'abdomen, les bras et les jambes. Celles-ci ont été cependant peu atteintes. En même temps que se faisait cette poussée, la malade avait la fièvre et se sentait toute courbaturée.

Elle perd les eaux le 21 mai, à dix heures du matin, sans cause connue.

Le jeudi 22 mai, à dix heures du matin, les premières douleurs du travail apparaissent. A dix heures du soir, ayant ressenti des contractions douloureuses très vives et perdant en même temps un peu de sang, elle vieot à la clinique d'accouchements.

Examen physique. — Le 22 mai au matin, la malade est examinée. Rien d'anormal dans la conformation extérieure. Eruption papuleuse générale sur le thorax et le ventre. Elle n'est plus que maculeuse, presque disparue sur les bras. Adénopathie inguinale double. A la grande lèvre gauche, ulcération arrondie, nette, de 4 à 5 millimètres de diamètre, sans aucun caractère bien significatif quant à sa nature, à part le siége et l'état des lymphatiques de la régioo. Syphilides pustulo-crustacées à la tête; ganglions volumineux sous le sterno-mastoïdien droit.

Le ventre est peu développé et l'on seot que l'utérus remonte peu au-dessus de l'ombilic. A en juger par le volume, nous aurions affaire à une gestation de six mois à peine.

Le fœtus est en présentation du sommet et d'une mobilité extrême. Il paraît peu développé. Il ne remue plus spontanément depuis deux ou trois jours, au dire de la femme.

La malade aurait continué à perdre du liquide amniotique depuis l'avant-veille, mais on s'assure aisément qu'il en reste une certaine quantité dans l'œuf.

---

présente des qualités virgiliennes, trop virgiliennes même (car cela touche parfois au pastiche). Témoin cette invocation d'ailleurs fort belle :

Quid faciat lætos thalamos ; quo semine felix
Exurgat proles, et amœni gratia vultus ;
Sidera quæ lepidas fundant per membra figuras ;
Et quæ vis animæ geniali præsit am ri ;
Quæ decora eximiam pulchro sub corpore mentem
Commendent, clarisque hominem virtutibus ornent,
Hic canere aggredior. — Vos, o pulcherrima mundi
Numina, formosæ Charites : Tuque alma Leporum
Mater, iu Idæis cui quondam saltibus, æqui
Judicio Paridis, formæ victoria cessit,
Idalios afflate modos : ne iucompta venustam
Materiem Musa infamet ; sed carmine grato
Discendam humano generi circumferat artem.

Quant à la nombreuse catégorie des médecins qui ont prétendu à la poésie didactique, ils ont presque toujours commis une besogne déplorable. On peut cependant y trouver parfois quelques passages iotéressants : si dans *le Nouveau Sceau enlevé* (ou la Dracéniade), le docteur Jules-César Cavalier (1) veut indiquer les mesures d'hygiéoe que les municipalités prescrivaient au XVIe ou au XVIIe siècle en temps de peste, voici comment il s'exprime :

..... Le cousul prescrit qu'on lavera,
Du haut en bas, les maisons et les rues ;
Qu'en celles-ci, nuit et jour parcourues
Par ses agents, de grands feux on fera,
Feux clairs et vifs. Puis, qu'à *la Tuilerie*,
Un grand chaudron la ville placera,
Où, sans faillir, un garde plongera
Tout meuble atteint ou suspect d'avarie ;
Et puis enfin, interdit il sera
A tout boucher, gent cruelle et farouche,
Sous dix florins, d'*enfler avec la bouche*
Chèvre, mouton, bœuf, vache, et cætera,
Mais d'un soufflet, pour ce, l'on usera.
.....
Bientôt, de flots d'odorante fumée,

(1) Paris, in-8, 1842, 2e édition, signée par le docteur Jules C..., de plnsieurs sociétés scientifiques et littéraires. P. 127, 128 et 129.

L'auscultation est négative.

Au toucher, le col est effacé et l'orifice présente une dilatation de deux à cinq francs; le rebord en est résistant; il présente une épaisseur de près de 1 centimètre. Sa consistance est remarquablement *dure*, comme *cartilagineuse*.

Cet état ligneux est régulièrement réparti sur tout le pourtour de l'orifice, mais à la lèvre antérieure il existe une nodosité plus saillante et plus épaisse, dont le volume approche de celui d'une amande.

La partie céphalique fœtale appuie directement sur le col. Le bassin est parfaitement normal.

J'insiste pour savoir les antécédents précis de la parturiente. Elle n'a jamais perdu de sang en dehors des trois ou quatre jours que duraient ses règles; elle n'a pas eu d'affection utérine et n'a point subi de traitement chirurgical quelconque de ce côté.

Les contractions, après avoir un peu faibli dans la nuit, se sont réveillées ce matin, dès le jour, et on constate actuellement qu'elles se répètent toutes les quatre à cinq minutes. Elles ne sont pas très longues, mais leur énergie paraît suffisante.

Je ne jugeai pas à propos de pousser plus loin, pour le moment, mes investigations. Je m'assurai seulement à nouveau que le tissu cervical était induré dans toute l'étendue du pourtour de l'orifice; que cette induration était exceptionnellement marquée et telle que jamais je n'avais rencontré de sensation ni de résistance pareilles dans les cas de rigidité que j'ai observés; qu'il existait une portion plus dure, plus volumineuse, plus profondément morbide, incluse dans la lèvre antérieure; qu'enfin aucune partie du col n'était souple et ne paraissait susceptible d'assouplissement.

A dix heures et demie, après la visite, M. Pajot voit la malade. Rien n'est changé dans la situation; la dilatation n'a pas fait de progrès; l'état général de la femme s'aggrave; il y a de la fièvre.

Avant mon départ je réexamine la malade et comme les contractions sont devenues moins fréquentes, la tête fœtale remonte assez pour me permettre d'explorer largement le segment inférieur de l'utérus. Je reconnais que la *sclérose cervicale* remonte à deux et même trois centimètres au-dessus de l'orifice externe. Le bassin est large et la sphère céphalique, très petite, danse dans l'excavation avec la plus grande facilité. Il est évident que toute la résistance provient du col.

Le même jour (23 mai), à 4 heures 1/2, tout étant resté en l'état depuis le matin et la femme me paraissant s'épuiser, je pratique, ave des ciseaux courbes, deux incisions latérales de un centimètre et demi environ d'étendue. Les ciseaux ont peine à entamer le tissu qui crie comme du cuir; à peine quelques gouttes de sang s'écoulent à la suite des sections. On dirait un tissu fibroïde. Ces deux incisions pratiquées, après avoir attendu quelque temps et avoir reconnu l'insuffisance de mon opération, j'en pratique deux antres plus petites sur la lèvre postérieure; je respecte la lèvre antérieure, plus épaisse que le reste du col; deux incisions sont faites assez profondément sur le côté de ce point plus tuméfié *qui pourrait bien avoir été le siège d'un chancre*. J'ai eu bien soin de couper dans toute l'épaisseur du tissu induré, sans le dépasser, de peur d'une déchirure plus étendue au moment de la sortie de la tête. Pendant l'opération, il se produit quelques contractions assez fortes, mais il n'en est pas moins évident que le travail languit et que l'utérus ne remplit plus qu'imparfaitement son rôle.

A six heures et demie, l'orifice est un peu plus large, mais c'est tout au plus si, en réalité, la dilatation a bénéficié de l'ampliation apportée par les incisions. La tête n'a pas fait de progrès.

Comme l'auscultation, plusieurs fois répétée depuis deux jours, ne m'a permis d'entendre aucun battement fœtal, je perfore; la matière cérébrale s'écoule. Lavage antiseptique de la tête fœtale et du vagin.

A dix heures du soir, l'engagement s'accentue, la femme pousse; la dilatation du col est assez grande pour que le doigt introduit dans le trou de la perforation suffise à extraire la tête ainsi que le tronc du fœtus dont l'expulsion a été terminée par ce procédé, séance tenante.

L'enfant n'est pas macéré, ses tissus sont assez consistants, la tête est bien ronde, osseuse et solide, les sutures et les fontanelles sont très peu larges, ce qui donnerait à penser que le développement est assez avancé comme époque, bien qu'insuffisant, car la longueur du fœtus est de 36 centimètres seulement et son poids de 810 grammes (en moins la substance cérébrale).

Le lendemain samedi, vers sept heures du soir, c'est-à-dire vingt-quatre heures après l'accouchement, la femme a ressenti des coliques très douloureuses, accompagnées d'écoulement de sang et de caillots. En même temps, fièvre et sueur abondantes.

Ce soir-là, le corps, surtout la partie supérieure du thorax, se couvre des papules décrites plus haut, et une poussée nouvelle de syphilides se produit.

Le 24 au matin, les coliques ont en une moindre intensité; l'écoulement de sang est presque insignifiant.

Onctions sur la partie antérieure de l'abdomen avec onguent mercuriel, ainsi que sous les aisselles.

La malade a encore de la fièvre. La poussée nouvelle de papules, qui s'était produite sous l'influence du travail et après l'accouchement, persiste encore.

Le 25 au matin, l'éruption de papules, si marquée les jours précédents, commence à s'affaisser et à se ternir, et présente une surface squameuse. Peu de fièvre, température 38° 4.

Toute maison est dûment *parfumée*;
. . . .
De notre temps, cette opération
Porte le nom de fumigation,
Quand certain gaz, qu'on appelle le chlore,
Honte au tyran qui put outrager Flore!
N'exile pas ces honnêtes parfums
En des réduits terriblement communs.

Curieuse description si l'on veut, mais peu poétique. Hélas! Cavalier n'est pas le seul qui ait couru dans la carrière de la platitude.

Car voici qui semble plus grotesque; le docteur Andrevetan (1) nous décrit ainsi un accouchement, et une version, s'il vous plaît:

Agnès porte en ses flancs le fruit d'un tendre amour;
Elle souffre déjà pour lui donner le jour;
Les douleurs, par degrés, s'accroissent et se pressent;
Les membres et le tronc se raidissent, se dressent;
Le con se gonfle, l'œil devient étincelant,
La figure s'anime et le corps est brûlant.
Agnès en longs efforts épuise son courage,
Et ne voit encor point de terme à cet ouvrage.
La force l'abandonne; elle doit expirer
Si l'art des accoucheurs ne vient la délivrer.
Mais dans son triste sort, de cette délivrance
Un enfant de Lucine apporte l'espérance.
Il la voit, l'interroge, et jusque dans son sein
Avec douceur il glisse, il introduit la main.
Comment, par les efforts de la seule nature,
L'enfant eût-il franchi son étroite ceinture?
A gauche sont les pieds, la tête au côté droit.
La poitrine en travers se présente au détroit.
La main saisit le tronc, le refoule en arrière,
Prend les pieds, les dirige auprès de la filière,
Les entraîne au-dedans et les tire dehors;
De la même façon vient la reste du corps.
Il respire et ses cris proclament sa naissance.
A ses accents, la mère, oubliant sa souffrance,
Se jette à son séant, et demande en ses bras
Son enfant que l'on vient d'arracher au trépas.

(1) *Code moral du médecin*, poème en six chants. Paris, 1842, p. 9.

Le 25 au soir, temp. 40° 1; le 26 au matin, on ne voit plus que les traces de l'éruption. La fièvre continue, mais moins forte que la veille; matin, temp. 38°; soir, temp. 38° 7.

Le 30, état satisfaisant.

Le 31, cessation des frictions mercurielles. L'accouchée va bien.

A partir du 1er juin, la malade prend deux grammes d'iodure de potassium par jour.

Le 19 juin, examen de l'accouchée : utérus bien involué; sept centimètres et demi par le cathétérisme; la lèvre antérieure est volumineuse, très indurée, et le col porte les traces étoilées des incisions faites pour l'accouchement. Il existe une tumeur dans l'épaisseur de cette lèvre, et cette tumeur, de la grosseur d'une petite amande, fait une légère saillie dans l'intérieur de la cavité cervicale. Le reste du tissu cervical a une consistance à peu près normale et a perdu ce caractère de dureté cartilagineuse, si remarquable à la fin de la grossesse. Toute la lésion est désormais cantonnée dans le processus, en voie de résorption, qui occupe la partie médiane de la lèvre antérieure.

Aucune ulcération sur le col; muqueuse réparée et lisse. Pas d'ectropion; l'orifice externe est petit et fermé.

La malade a pris pendant une douzaine de jours 2 grammes d'iodure de potassium par jour. Frictions mercurielles pendant six jours. Le 19 juin, après l'examen, je touche la tumeur avec la teinture d'iode.

Les couches ont été parfaites; mais, au dix-septième jour, la femme a pris froid, a eu une névralgie lombo-abdominale droite. Cessation de l'iodure de potassium, application de deux petits vésicatoires, guérison rapide. Depuis, elle n'a pas subi d'autre traitement.

Départ pour le Vésinet, le 21 juin 1884.

(A suivre.)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. LA COCAÏNE COMME ANESTHÉSIQUE ET ANALGÉSIQUE DU PHARYNX ET DU LARYNX, par le docteur E. JELINEK (1). — II. DE LA COCAÏNE COMME MOYEN D'ANESTHÉSIE DE LA MUQUEUSE DES ORGANES GÉNITAUX CHEZ LA FEMME, par M. E. FRAENKEL (2). — III. LA THALLINE, UN NOUVEL ANTIPYRÉTIQUE, par M. VON JAKSCH (3).

La cocaïne est le médicament à l'ordre du jour. De tous côtés surgissent des publications destinées à rendre compte des résultats obtenus de l'emploi de la cocaïne comme agent d'anesthésie locale. Le COMPTE RENDU DES ACADÉMIES a tenu nos lecteurs au courant des principales de ces publications; ils y ont trouvé, entre autres, une analyse détaillée du remarquable travail de Koller (de Vienne) sur les applications de la cocaïne à la thérapeutique oculaire, et une communication de M. Horstmann sur ce même sujet. Voici l'analyse de deux autres publications récentes, qui se rapportent aux essais faits avec la cocaïne dans d'autres branches de la thérapeutique.

M. JELINEK (de Vienne) a fait à la Société des médecins de cette ville une communication que nous avions déjà signalée, et dans laquelle l'auteur fait connaître les résultats qu'il a retirés de la cocaïne employée comme anesthésique local de la muqueuse de l'arrière-gorge et du larynx. Il en résulte que la cocaïne est appelée à remplacer les autres agents d'anesthésie locale (badigeonnages à la morphine, avec ou sans application préalable de chloral, badigeonnages avec des solutions d'acide phénique, de tannin, de bromure de potassium, pulvérisations d'éther) utilisés pour obtenir l'insensibilité passagère de la muqueuse de ces cavités naturelles. Avec la cocaïne, employée d'une façon convenable, on peut, au dire de M. Jelinek, insensibiliser la muqueuse de l'arrière-gorge et du larynx pendant tout le temps nécessaire pour explorer ces régions avec des instruments ou pour y pratiquer les opérations qui sont du ressort de la petite chirurgie. M. Jelinek a soin d'ajouter que cette propriété de la cocaïne est depuis longtemps connue des laryngologistes français et anglais, mais il prétend qu'elle n'a pas été jusqu'ici mise à profit autant qu'elle le mérite. M. Jelinek a opéré avec des solutions de chlorhydrate de cocaïne à 10 et à 20 0/0 (chlorhydrate de cocaïne 1 partie, eau distillée 8 ou 3 parties, alcool rectifié 2 parties). Ces solutions sont assez limpides quand elles sont fraîchement préparées; mais à la longue, lorsqu'une certaine quantité d'alcool s'est évaporée, une partie de la cocaïne se précipite et trouble le liquide; la solution en même temps perd de son efficacité. Il faut recommander aux pharmaciens de ne pas ajouter d'acide chlorhydrique à la solution, et de ne pas filtrer, comme ils ont coutume de le faire.

Lorsqu'on recherche l'anesthésie locale pour pouvoir explorer à l'aise le pharynx et le larynx, il faut appliquer la solution de chlorhydrate de cocaïne sur les faces antérieure et

(1) WIENER MEDIC. WOCHENSCHRIFT, 1884, nos 45 et 46.
(2) CENTRALBLATT FÜR GYNÆKOLOGIE, 1884, no 49.
(3) WIENER MEDIC. WOCHENSCHRIFT, 1884, n° 48.

Un autre médecin qui s'est caché sous un demi-masque, car il a signé : *l'auteur de la Physiologie philosophique*, a consacré un poëme en trois chants à *l'Art médical* (1). Etalons, comme spécimen de cette versification, un parallèle du *savoir* et du *savoir-faire* :

Je connais Lysimon; j'avoue, en conscience,
Que nul ne le surpasse en talent, en science;
Mais je sais que, cachant lui-même son savoir,
Ses amis savent seuls tout ce qu'il peut valoir,
Et que, malgré les fruits de la plus longue étude,
Les clients ne vont pas troubler sa solitude.

Voilà de la pudeur les effets malheureux!
Ah! craignez pour vous-même un sort si rigoureux!
La Fortune sourit à qui sait se conduire :
L'art de la captiver est l'art de se produire.
Montrez-vous au grand jour, partout, à tout instant :
La Gloire vous appelle et Plutus vous attend.

L'auteur de la *Physiologie philosophique* n'est autre que le docteur P. Blaud, médecin de l'hôpital de Beaucaire, le neveu de l'inventeur des pilules ferrugineuses de Blaud. En même temps qu'il abordait les questions philosophiques et qu'il s'adonnait à l'innocente distraction d'écrire des vers, P. Blaud, qui est mort en 1858, s'occupait aussi de linguistique. C'était un hébraïsant distingué, si l'on en croit la préface du *Dictionnaire de matière médicale* de Mérat et Delens.

Mais voici que sous une plus modeste allure, sous forme de sonnets, un des plus délicats amateurs de poésie a traité de la manière la plus artistique un bon nombre de sujets médicaux (1).

Sans hautes visées, l'auteur, qui est un de nos plus distingués oculistes, nous dévoile dès la première page et en guise d'excuse la raison ou plutôt l'occasion de ses petites fugues poétiques :

Lorsque j'étais impatient,
La muse m'a dit : « Je suis tendre.
« Je n'amène pas le client.....
« Mais je console de l'attendre. »

(1) *L'Art médical, ou le véritable moyen de parvenir en médecine*, accompagné de notes. 1 vol. in-8. Paris, 1843, p. 33.

(1) *Les Sonnets du docteur*, petit in-8o carré, imprimé à Dijon chez Darantière.

postérieure du voile du palais, sur la paroi postérieure du pharynx, sur les piliers et sur la base de la langue. Si besoin est, le premier badigeonnage sera suivi d'un second à 1 1/2 ou 2 minutes d'intervalle. Immédiatement après l'application du topique, le sujet éprouve une sensation de fraîcheur, puis une sensation de lourdeur, qui fait que la déglutition s'opère très difficilement. Cette manifestation subjective atteint son apogée au bout d'une minute et demie. Quand on prend soin de badigeonner d'abord la luette, puis, par zones concentriques, les parties avoisinantes, on entend dire aux personnes qui analysent bien leurs sensations, qu'il leur semble que la luette forme une petite boule dont le volume subit ensuite un accroissement rapide, jusqu'à occuper toute l'arrière-gorge ; cette sensation dure environ dix minutes.

Quand l'anesthésie est recherchée en vue d'une opération à pratiquer sur le larynx, il faut se tenir prêt à opérer au moment d'appliquer la solution de chlorhydrate de cocaïne au lieu voulu, l'anesthésie étant prompte à survenir. Il faut aussi veiller à ce que la muqueuse laryngée vienne en contact, dans toute son étendue, avec la solution anesthésiante, car il suffit que la muqueuse conserve sa sensibilité dans une zone si minime qu'elle soit, pour que celle-ci devienne le point de départ de réflexes gênants. Enfin les badigeonnages doivent être faits sans brusquerie, de crainte qu'ils ne provoquent un flux abondant de salive, et alors la cocaïne se trouve diluée dans le liquide sécrété.

Au bout d'une minute, une minute et demie, on éprouve, à l'aide d'une sonde, la sensibilité du larynx ; si l'anesthésie n'est pas jugée suffisante, on procède à un second badigeonnage et, au besoin, à un troisième, puis à un quatrième et davantage. M. Jelinek dit qu'en agissant de la sorte, il ne lui a jamais fallu plus d'un quart d'heure pour mettre le larynx en état d'endurer le contact de l'extrémité d'une sonde, sans qu'il en résultât des contractions réflexes des muscles de cet organe ; même la contraction réflexe des cordes vocales, qui continue de se manifester pendant l'anesthésie chloroformique la plus profonde, cessait de se produire. Les patients n'accusent d'ordinaire qu'une sensation de pesanteur et de pression, quelquefois une légère sensation de brûlure. L'anesthésie ne dure pas au delà de cinq à dix minutes ; pour prolonger sa durée d'autant, il suffit d'un nouveau badigeonnage de chlorhydrate de cocaïne. Pendant une demi-heure et plus, la sensibilité reste émoussée.

D'autre part, M. Jelinek a utilisé l'action analgésiante locale de la cocaïne pour obtenir une atténuation passagère des douleurs dans les cas de périchondrite de l'épiglotte, qu'on rencontre le plus souvent chez des tuberculeux, et qui entrave la déglutition au point de rendre impossible l'alimentation par les voies supérieures. Or les remèdes employés en pareils cas, les insufflations d'iodoforme ou de morphine, les inhalations, l'ingestion de petits morceaux de glace sont d'une efficacité très incertaine ; avec la cocaïne, on réussit très bien à atteindre le but voulu, à faire pénétrer les aliments dans l'œsophage, sans douleur. Encore faut-il employer une solution aqueuse de chlorhydrate de morphine sans addition d'alcool, pour dépouiller le liquide de toute action irritante.

Les badigeonnages de cocaïne réussissent également à calmer, d'une façon passagère, les douleurs occasionnées par des ulcérations (tuberculeuses) du larynx, par une angine phlegmoneuse, etc. Enfin, sans doute en vertu de ses propriétés anesthésiantes, la cocaïne combat la tuméfaction des muqueuses enflammées et restreint l'hypersécrétion dont elles sont le siège.

Dans une note additionnelle, M. Jelinek fait savoir que M. Hanc obtient l'anesthésie du larynx en insufflant dans l'arrière-gorge de la poudre de cocaïne pure, moyen coûteux à cause du prix élevé de cette substance. De plus, avec les insufflations, il ne doit pas être facile d'amener le topique en contact avec toute l'étendue de la muqueuse du larynx.

— M. Fraenkel (de Breslau) a étudié l'action anesthésiante de la cocaïne sur la muqueuse des organes génitaux chez la femme. D'après les recherches de Fraenkel, cette action se manifeste quand on emploie une solution de cocaïne à 20 0/0 et au-dessus (chlorhydrate de cocaïne 1 partie, eau distillée, 3 parties, alcool rectifié 2 parties). S'il faut une solution aussi concentrée, c'est sans doute parce que la muqueuse des organes génitaux, tapissée qu'elle est par un épithélium pavimenteux stratifié, se prête moins bien à l'absorption des solutions médicamenteuses que la conjonctive par exemple. L'application de la solution à 20 0/0 n'a d'ailleurs jamais eu de conséquences fâcheuses ; elle détermine tout au plus une légère sensation de brûlure. Bien entendu qu'avant d'appliquer le topique, il faut déterger avec soin la muqueuse. Dans les expériences poursuivies par M. Fraenkel, des badi-

---

Puis commence la série des sonnets, sonnets des mieux ciselés. Nos lecteurs en connaissent déjà quelques-uns qui ont été reproduits ici-même dans des feuilletons antérieurs : sur le *Rhume de cerveau* (1881, p. 584), sur les *Engelures* (1882, p. 601), sur le *Ver solitaire* et sur la *Chlorose* (1883, p. 513 et 514).

Aujourd'hui, je vais encore employer le procédé des citations, en continuant de déflorer les *Sonnets du docteur*, et cela *a capite ad calcem* ; car voici la calvitie avant le cor aux pieds :

CALVITIE.

Coiffeur, tu me trompais quand par tes artifices
Tu disais raffermir mes cheveux défaillants.
Ceux qu'avaient épargnés tes fers aux mors brulants,
Tu les assassinais d'eaux régénératrices !

Tu m'as causé, coiffeur, de si grands préjudices
Que je te voudrais voir, ayant perdu le sens,
Sur toi-même épuiser tes drogues corruptrices
Et tourner contre toi tes engins malfaisants.

Ainsi, quand l'ouragan s'abat sur la futaie,
D'un souffle destructeur il arrache et balaie
La verte frondaison qui jonche le chemin.

Au bocage pareil, mon front est sans mystère.
Il ne me reste plus un cheveu sur la terre ;
Et je gémis, songeant au crâne de Robin.

LE COR AUX PIEDS.

Je suis le cor aux pieds, et c'est moi qui proteste
Contre le cordonnier et son cuir oppresseur.
L'élégance m'impose un joug que je déteste.
Je veux que tu sois libre, ô phalange, ma sœur.

En vain le pédicure, arrondissant le geste,
D'un scalpel magistral me sculpte en professeur.
Son triomphe est d'un jour, car le terrain me reste
Et j'y renais plus fort sous le fer agresseur.

Insensé, tu voudrais, comprimant la nature,
Faire admirer un pied trop grand pour ta chaussure !
Le bottier, ton complice, est aussi ton bourreau.

Qu'un aveugle instrument nous taille et nous harcèle,
La persécution redouble notre zèle.
Oignons, durillons, cors, nous narguons Galopeau.

La dermatologie a aussi son sonnet. Les épidémies, non plus

geonnages étaient faits soit à l'entrée de la vulve, soit à la surface interne du vagin ou de la cavité utérine. Ces badigeonnages étaient renouvelés à des intervalles de 1 et demie, 2 ou 3 minutes. Le topique était porté sur la muqueuse utérine (préalablement lavée à l'eau chaude) à l'aide d'une sonde de Playfair, munie à son extrémité antérieure d'un tampon d'ouate. Pour reconnaître l'état de la sensibilité à la suite des badigeonnages, M. Fraenkel se servait d'un crayon de nitrate d'argent très pointu ou d'une pointe en fer rougie au feu, qu'il enfonçait dans les endroits les plus sensibles des organes génitaux externes, en particulier au pourtour de l'orifice externe de l'urèthre. Voici les résultats annoncés par Fraenkel :

1° Toujours la sensibilité à la douleur a été considérablement abaissée à la suite des badigeonnages avec une solution de chlorhydrate de cocaïne à 20 0/0; une douleur provoquée cessait d'être perçue quand l'agent d'irritation n'intéressait que les couches superficielles de la muqueuse, et l'était à peine quand l'irritation atteignait les couches profondes, cela aussi bien à l'entrée de la vulve que dans le vagin, sur le col et dans la cavité utérine. Cette analgésie a une durée de 10 à 15 minutes. Dans un cas, Fraenkel a laissé en place dans la cavité utérine, pendant un quart d'heure, un petit tampon d'ouate imbibé de la solution de chlorhydrate de cocaïne. Le curage pratiqué ensuite détermina beaucoup moins de douleur que dans les circonstances ordinaires. Une autre fois, chez une femme nerveuse dont le col était dévié en arrière et fixé en place par des adhérences, il existait une telle douleur au moindre contact, qu'on ne pouvait même pas appliquer le spéculum de Fergusson ; la chose devint au contraire très facile et pendant trois jours de suite, après application pendant dix minutes d'un tampon d'ouate imbibé de la solution analgésiante sur une érosion du col.

2° L'action anesthésiante de la cocaïne se manifeste également sur la muqueuse en état d'inflammation. Dans deux cas de vulvite et de vaginite blennorrhagiques, des badigeonnages avec la solution de chlorhydrate de cocaïne eurent pour effet une analgésie et une ischémie locales.

3° L'excitabilité réflexe est diminuée à l'entrée de la vulve, sous l'influence des applications de cocaïne. En effet, chez une jeune femme mariée depuis six semaines, affectée de vaginisme et dont le vestibule vulvaire était le siège d'une hyperémie, d'une tuméfaction intense et d'érosions multiples, le doigt de l'explorateur pouvait être introduit sans plus déterminer de spasmes réflexes du sphincter de la vulve, après trois badigeonnages avec la solution de chlorhydrate de cocaïne à 20 %, pratiqués à des intervalles de 2 minutes.

M. Fraenkel conclut que les applications locales de chlorhydrate de cocaïne à la surface de la muqueuse des organes génitaux sont indiquées dans les circonstances suivantes :

1o Dans un but d'anesthésie locale.

a. Avant les cautérisations internes de la muqueuse vulvo-vaginale, par exemple dans les cas de vulvo-vaginite traités par les cautérisations avec la pierre infernale ou avec une solution concentrée de sublimé.

b. Quand on veut enlever avec l'instrument tranchant de petites excroissances superficielles (condylomes pointus, caroncules de l'urèthre, etc.) et cautériser la base d'implantation soit avec le crayon de nitrate d'argent, soit avec le cautère actuel, pour prévenir des récidives.

c. Chez les personnes très impressionnables, avant de pratiquer des émissions sanguines au col ou des cautérisations, peut-être aussi avant le curage de la cavité utérine.

2o Dans le but d'abaisser l'excitabilité réflexe.

a. Dans les cas de vaginisme temporaire, pour faciliter le toucher, l'introduction d'instruments dilatateurs, éventuellement pour rendre possible la cohabitation.

b. Dans les cas de fissure à l'anus avec contracture du sphincter du rectum, pour permettre de pratiquer l'opération de la fissure sans le secours du chloroforme, peut-être aussi pour supprimer les douleurs provoquées par la défécation.

Il est peu probable, ajoute M. Fraenkel, que la cocaïne puisse être utilisée comme anesthésique local par les accoucheurs, parce que les douleurs qui surviennent pendant le travail sont dues à une distension des tissus dans toute leur épaisseur, et que l'anesthésie développée par les applications de cocaïne est essentiellement superficielle.

—La thalline est une base de la chinoline, que M. Skraup a réussi récemment à préparer par voie de synthèse. C'est, d'après les lois de la nomenclature chimique, du *parachinanisol hydraté*. Le nom de thalline (du mot grec *thallein*, verdir) lui a été donné parce que, traitée par le perchlorure de fer ou

---

que les endémies, ne sont oubliées. Puis la thérapeutique infantile a son tour sous ce titre : *Bonbon laxatif*, comme la thérapeutique chirurgicale dans la pièce : *Bandages et appareils*.

Le moraliste se décèle dans un sonnet sous forme de contribution à la médecine légale : *Du signe certain de la mort.*

Sur la maison triste
Plane un air de deuil
De la paille au seuil.
On couvre une liste.

L'État formaliste
Jette son coup d'œil
Au fond du cercueil :
Elle avait un kyste !

Mais mon signe, à moi,
Est plus sûr. Ma foi !
Je vais vous le dire :

Navrant héritier
Qui deviens rentier,
Je t'ai vu sourire.

Maintenant, un peu de physiologie transcendante :

TRANSFORMISME.

Sous les Océans noirs à peine refroidis,
Spongiaire naissant bercé dans le blastème,
Je pris des bras, je fus le zoophyte abstème ;
Un test, je me nommai mollusque, et j'attendis.

Cent mille ans je vécus poisson. Instants maudits !
Les schistes m'écrasaient ! Soudain jusqu'au ciel même
L'aile m'emporte, oiseau. Je marche, je grandis ;
Me voilà cétacé, ruminant, monotrême.

Le pôle me surprend mammouth. Au creux des rocs,
J'égrène çà et là mes ossements d'aurochs.
Je n'avais pas encore la malice du singe !

Mais un jour je deviens l'*Ancêtre vénéré*,
Le père de Darwin, l'oncle du bon Littré.
A présent je suis l'*Homme*, et je porte du linge.

Notre médecin-poète montre quelquefois un petit aiguillon, mais si peu méchant ; et il est si gracieux, ce sonnet intitulé : *Maigreur*, et dédié à *Mlle S. B., de la Comédie Française !* Oyez plutôt :

tout autre corps oxydant, cette substance forme des sels d'un beau vert.

La thalline forme également, avec les acides tartrique, sulfurique et chlorhydrique, des sels très solubles dans l'eau, doués de propriétés antifermentescibles assez énergiques, mais surtout d'une action fébrifuge qui a fait l'objet d'intéressantes expériences cliniques de la part de M. VON JAKSCH (de Vienne).

M. von Jaksch a nettement défini les attributions du nouveau médicament, qui est un fébrifuge très puissant, mais qui n'est que cela. C'est-à-dire qu'administrée à l'approche d'un accès de fièvre intermittente, la thalline prévient le développement du paroxysme fébrile, comme elle en abrège la durée lorsqu'elle est administrée en plein accès. Mais le malade n'est pas guéri pour cela; les accès de fièvre reviennent, et pour déraciner le mal, il faut, en fin de compte, recourir au sulfate de quinine. De même, la thalline administrée dans le cours d'une pneumonie, d'un rhumatisme articulaire aigu, d'un érysipèle, de la fièvre puerpérale, de la fièvre tuberculeuse, provoque des abaissements de température rapides et considérables. A la suite de l'administration de 1/4, 1/2, au plus 3/4 de gramme de thalline, la température fébrile s'abaisse de plusieurs degrés en l'espace de quatre ou cinq heures, et elle met assez longtemps à remonter à son niveau primitif. Quant au reste, l'influence du médicament sur la maladie même est nulle, M. von Jaksch le déclare expressément.

Le médicament s'élimine par les urines, sans provoquer ni albuminurie ni glycosurie; la présence de la thalline communique à l'urine une teinte brune, qui devient verte quand le liquide est examiné par transparence.

La thalline offre sur l'antipyrine les avantages suivants : à la suite de l'administration de la thalline, les sueurs pendant la période de la défervescence sont moins profuses, les frissons moins fréquents au moment où la température remonte; les vomissements, la cyanose, le collapsus, ont toujours fait défaut.

Le médicament a une saveur amère et aromatique qui n'est pas désagréable; M. von Jaksch ne dit rien de son prix de revient.

Outre les tartrate, sulfate et chlorure de thalline, M. von Jaksch a utilisé, pour ses recherches cliniques, le chlorure d'éthylthalline; les résultats ont été les mêmes qu'avec les autres préparations, à cela près que l'action fébrifuge du chlorure d'éthylthalline est un peu moins accusée.

E. RICKLIN.

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

Travaux étrangers.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

SUR L'ÉPITHÉLIUM ET LES GLANDES DE LA VESSIE ET DE L'URÈTHRE CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME, par OBERDIECK (1).

Les résultats des recherches d'Oberdieck confirment, sur la plupart des points, la description donnée par Schüller, des lacunes et des canaux uréthraux. Mais il considère les unes et les autres comme ayant une signification à peu près identique. Oberdieck n'admet pas plus que Schüller l'hypothèse de Kock relative à l'assimilation des canaux uréthraux aux canaux de Gærtner.

DES CANAUX DE GÆRTNER CHEZ LA FEMME, par RIEDER (2).

Rieder est également opposé à l'opinion de Kock, qui assimile aux canaux de Gærtner, les canalicules qui débouchent au voisinage de l'urèthre. Il résulte de ses recherches que, en dehors de la période embryonnaire, les canaux de Gærtner ne sont jamais complètement conservés dans l'espèce humaine. Mais on en trouve des vestiges chez un tiers environ des sujets, non seulement chez les fœtus ayant dépassé la moitié de la vie intra-utérine ou chez les nouveau-nés, mais même chez la femme adulte et jusque dans la vieillesse. D'après Rieder, ce canal commence à la partie inférieure du corps de l'utérus, en dedans des gros vaisseaux, et pénètre dans le col jusqu'au tissu musculaire, en présentant une disposition spéciale. Dans le

(1) Oberdieck. *Ueber Epithel und Drüsen der Harnblase der weiblichen und mænnlichen Urethra. Gekrœnte Preisschrift. Gœttingen akademische Buchhandlung*, 1884, et CENTRALBL. F. GYN., 1884, n° 45.

(2) Rieder. *Ueber die Gartner'schen (Wolff'schen) Kanæle beim menschlichen Weibe.* VIRCHOW'S ARCH. Bd XCVI et CENTRALBL. F GYN., 1884, n° 45.

Zeus, qui te façonna dans un roseau flexible,
Le cueillit sur les bords où disparut Syrinx;
Puis il s'arrêta court; ayant fait ton larynx,
Luth vivant, qu'il dota d'une gaîne impossible.

Il économisa la matière tangible,
Et les chastes panneaux signés *Pérugin pinx.*,
Et la scène où l'on voit agoniser *le Sphinx*
N'exhibèrent jamais corps plus irréductible.

Arrêtant la jumelle au cran qui fait voir gros,
Mon œil inquisiteur évoque le mirage
D'un embonpoint fictif étranger à tes os,

Et cherche à pallier l'erreur de son ouvrage.
Mais que de charme encor dans cet étui tout sec!
Pourquoi n'avoir pas mis un peu de chair avec?

Mais pourrais-je oublier de signaler un des plus grands attraits de ce recueil, le costume si éminemment artistique dont il est revêtu? Non, je ne saurais; car l'auteur me le rappelle dans son dernier sonnet que je vais aussi reproduire :

VALE.

Un gros événement agite le ménage :
Madame a mis au monde hier — une souris!
Les époux consternés contemplent, ahuris,
Ce produit exigu d'un très long mariage.

Mais la mère un instant songe et reprend courage.
Au maillot, où l'enfant jette ses premiers cris,
Elle coud des rubans, des dentelles de prix,
Si bien que le fœtus devient un personnage.

Ainsi j'ai fait pour toi, mon petit souriceau.
Elzévir a brodé les langes du trousseau;
La Hollande en tissa la toile tout entière;

Des burins glorieux ont paré ton berceau;
Enfin, pour t'amener de l'ombre à la lumière,
Guttenberg étant mort, j'ai choisi Darantière.

Tout y est délicieux, en effet : depuis le frontispice de Clairin où, coiffé du bonnet doctoral, tenant sur son cœur la lyre tandis que de l'autre main il porte haut les armes d'Esculape, l'auteur se

segment cervical inférieur, il se rapproche de l'orifice, pour continuer son trajet dans les parois musculaires du vagin, au voisinage de la muqueuse, et se terminer au niveau de la partie moyenne de l'urèthre, dans l'épaisseur des tissus, sans aboutir à la surface de la muqueuse. Jusqu'à présent, chez la femme, on n'a jamais constaté un orifice à ce canal.

Rieder a observé, ainsi que Dohrn, la présence plus fréquente du canal à droite qu'à gauche. Au niveau de la portion supérieure du col, on rencontre des divisions et des ramifications que l'auteur assimile aux vésicules séminales de l'homme; la partie inférieure, située dans les parois vaginales, serait l'homologue du canal éjaculateur. L'épithélium est formé d'une ou deux couches de cellules cylindriques, avec ou sans cils vibratiles.

En terminant, Rieder rapporte deux observations de kystes du vagin, qu'il considère comme développés aux dépens de ces vestiges des canaux de Gærtner.

Sur la présence des restes des canaux de Wolff dans la portion vaginale du col utérin, par Fischel (1).

Sur 50 cas où Fischel a recherché, dans la portion vaginale du col, des vestiges des canaux de Wolff, il ne les a rencontrés qu'une seule fois, sur l'utérus d'un enfant mort-né. L'auteur décrit, en détail, la disposition anatomique et la structure histologique qu'il a constatées dans ce cas. Après avoir rappelé les différents travaux publiés sur cette question, très à l'ordre du jour en Allemagne, Fischel termine par quelques considérations relatives à la formation de kystes vaginaux, aux dépens des restes des canaux de Wolff. Il croit que cette interprétation est rarement admissible.

Recherches sur l'électrisation de l'utérus pendant la grossesse, pendant le travail et après l'accouchement, par Bumm (2).

Bumm a toujours vu que l'application de l'électricité, pendant la grossesse, n'exerce aucune fâcheuse influence sur la mère ni sur le fœtus. Aussi considère-t-il comme très problématique, l'utilité de ce moyen, pour amener la mort du produit de conception, dans les cas de grossesse extra-utérine.

L'auteur cite les observations qu'il a recueillies, chez des femmes enceintes, pendant le travail, et après l'accouchement : sur 10 femmes dans les premières périodes de la grossesse, il n'a jamais obtenu aucune contraction de l'utérus.

Dans le second groupe (femmes en travail), il a expérimenté sur 40 sujets. Contrairement à ce qui se passe pendant la grossesse, l'excitabilité électrique de l'utérus est très appréciable au moment du travail. Il a obtenu des effets beaucoup plus marqués avec la faradisation intra-utérine.

Ce mode d'application lui a donné de bons résultats dans les cas de *subinvolution*.

Bumm a essayé d'électriser l'utérus, par le vagin, par le rectum, et enfin en portant les électrodes dans la cavité utérine elle-même. Nous renvoyons à son mémoire pour tous les détails relatifs aux procédés opératoires et à l'intensité des courants employés.

(1) Wilhelm Fischel. *Ueber das Vorkommen von Resten des Wolff'schen Ganges in der Vaginalportion*. Arch. f. Gyn., 1884 Bd 24.

(2) Bumm. *Untersuchungen über die elektrische Reizbarkeit des Uterus bein Schwangeren Kreissenden und Wœchnerinen*. Arch. f. Gyn., 1884, Bd. 24.

Nouvelle interprétation du processus menstruel, par Lœwenthal (1).

Dans la première partie de son travail, Lœwenthal rappelle les différentes opinions des auteurs sur les rapports qui existent entre l'ovulation et l'écoulement menstruel. L'exposé de cette intéressante question est très complet, et demande à être lu d'un bout à l'autre dans le texte ; nous y trouvons, en effet, un bon résumé de l'état actuel de nos connaissances à ce sujet.

D'après Lœwenthal, l'écoulement périodique de la femme n'est pas la conséquence de la rupture d'un follicule de Graaf, quoique les deux phénomènes coïncident la plupart du temps. Cette hémorrhagie est due à l'élimination ou au retrait de la muqueuse utérine considérablement épaissie.

Le développement de cette caduque menstruelle est amené par la présence d'un ovule précédemment expulsé de l'ovaire. Celle-ci se transforme en caduque de la grossesse, si l'ovule est fécondé; dans le cas contraire, elle s'élimine ou reprend ses dimensions précédentes après la mort de l'œuf. La coïn-

(1) Wilhelm Lœwenthal. *Eine neue Deutung des menstruations processes*. Arch. f. Gyn., 1884, Bd 24.

tient fièrement campé sur Pégase qui franchit toutes sortes d'obstacles; jusqu'à l'eau forte de la fin, cette petite merveille de Félicien Rops; sans compter les têtes de pages, les fleurons, les gracieux culs-de-lampe, tout, tout, y compris la table des matières qui, sous prétexte d'annotations au texte, est remplie de l'esprit le plus fin et de la malice la plus savoureuse.

L'art médical et la poésie se sont réconciliés dans ce charmant recueil; ils ont appelé à leur mariage le dessin, la gravure, l'art de l'imprimerie dans ce qu'elle a de plus perfectionné. Tout cela fait un excellent ménage. Souhaitons-leur d'avoir beaucoup d'enfants sur le modèle de celui que cette union vient de nous donner.

Dr Albertus.

Concours. — A la suite du concours qui s'est ouvert le 1er décembre 1884 pour cinq places d'internes en médecine dans les asiles publics d'aliénés de la Seine et l'infirmerie spéciale près le dépôt de la préfecture de police, sont nommés :

Internes titulaires : MM. Vrain, Loisel, Malfilâtre, Grenier et Blaise.

Internes provisoires : MM. Revertegat, Houeix de la Brousse, Fournier, Barthomeuf et Garnier.

***

Statistique. — Pendant l'année 1883, les six grandes Facultés de médecine de France ont produit 662 docteurs, savoir : Lille, 20; Nancy, 21; Lyon, 43; Bordeaux, 44; Montpellier, 69, et Paris, 465.

Pendant la même année, l'Allemagne a conféré 622 diplômes de docteur, soit 30 de plus que la France.

***

Société de médecine de Paris. — *Bureau pour 1885.* — MM. de Beauvais, président; Gillebert d'Hercourt, vice-président; Thorens, secrétaire général; Perrin, trésorier; Rougon, archiviste; Christian et Deligny, secrétaires annuels; Polaillon et Richelot fils, membres du Conseil d'administration; Marchal, Thévenot, Dubuc et Apostoli, membres du Comité de rédaction.

cidence entre la rupture du follicule et l'écoulement menstruel n'est nullement nécessaire. Les deux peuvent se produire séparément, la déchirure du follicule ayant lien sans modification de la muqueuse utérine et l'écoulement du sang, conséquence éloignée de la présence d'un ovule dans la cavité de l'utérus, ne concordant pas toujours avec la déchirure d'un nouveau follicule.

La périodicité de l'apparition des règles est en rapport avec la vitalité de l'ovule non fécondé, logé dans la muqueuse utérine. Les différences qu'on observe dans cette périodicité proviennent des influences variées, génériques ou individuelles, qui peuvent agir sur le plus ou moins de durée de cette vitalité. La fécondation se produit le plus souvent dans l'utérus, plus rarement en dehors de cet organe. L'ovule fécondé a été expulsé de l'ovaire, le plus ordinairement vers la précédente époque menstruelle (1).

Le mémoire de Lœwenthal se termine par quelques indications cliniques relatives à la pathologie de la menstruation.

Dr de Sinéty.

BIBLIOGRAPHIE

La chirurgie du doigt, par le docteur Polaillon, 1 vol. in-8 de 240 pages. — Paris, G. Masson, 1884.

En lisant ce beau travail d'ensemble sur la chirurgie du doigt, que M. Polaillon vient de publier, je ne pouvais me défendre d'admirer la somme de recherches que représentent ces grands articles des dictionnaires en cours de publication.

Parmi les épreuves du concours d'agrégation, ce qui jusqu'ici semblait justifier le maintien de la thèse, c'était, en dehors de l'exercice de gymnastique intellectuelle que subit le candidat en présence des juges, c'était, dis-je, cette utilité que peut avoir pour le public studieux la condensation en un travail général de la multitude des recherches écloses tons les jours en plus grand nombre et dans tous les pays.

Il est vrai que le temps départi aux candidats étant forcément très restreint, les thèses d'agrégation tendaient de plus en plus à cesser d'être une œuvre personnelle et originale, pour ne conserver que le caractère d'une œuvre due à la collaboration active et pressée de tous les amis du récipiendaire.

Les articles des Dictionnaires mettent au contraire les auteurs dans des conditions bien plus avantageuses. Outre que dans la distribution des matériaux, l'on tient compte des aptitudes individuelles et de la nature des travaux antérieurs des divers collaborateurs, le temps qui leur est accordé est moins limité, en sorte que M. Polaillon a pu, tout en évitant la prolixité, faire une étude on ne peut plus complète, on ne peut plus claire sur la chirurgie du doigt. Gravures, statistiques, bibliographie, tout concourt à rendre cette œuvre presque définitive. Après l'avoir lue, nous savons non seulement où en est la science, mais nous entrevoyons les conquêtes qu'il lui reste à faire.

Ai-je besoin d'essayer une analyse? Assurément non, ce serait chose impossible. Je me contente d'indiquer les grandes divisions.

Après l'anatomie et la physiologie du doigt vient un coup d'œil sur les anomalies et les vices de conformation. Puis on passe à la partie de beaucoup la plus importante, à la pathologie : fractures, luxations, plaies, inflammations, arthrites, synovites, gangrène, doigt à ressort, tumeurs, déformations acquises, forment autant de chapitres consciencieusement élaborés. On passe même en revue les névralgies, certaines dermatoses, les affections parasitaires du doigt, etc.

La médecine opératoire termine cette longue étude, et des divisions spéciales sont consacrées à la ténotomie, aux résections et aux amputations.

La chirurgie du doigt constitue donc un travail très complet, et je ne sais qui l'on devrait féliciter le plus, de M. Polaillon qui l'a écrit, ou des directeurs du *Dictionnaire encyclopédique* qui l'ont édité.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

REVUE DES THÈSES

Étude critique sur le traitement du tétanos par l'hydrate de chloral ; thèse, par Maestrati.

De nombreuses observations sont réunies dans ce travail, et de leur comparaison il résulte que le traitement le plus efficace du tétanos est l'administration de l'hydrate de chloral. L'emploi de ce médicament a deux conséquences en effet : les centres médullaires sont mis dans un état de repos et d'inaction tel qu'ils résistent aux excitations périphériques et que l'impression funeste des crises tétaniques est annulée ; d'autre part, les spasmes sont diminués d'abord, puis supprimés. Ainsi sont écartées les deux grandes causes de mort dans cette affection : l'épuisement nerveux et les contractures localisées au pharynx, à l'arbre respiratoire, au cœur. Mais de ces observations l'auteur conclut aussi que si le chloral a une action salutaire indiscutable dans les tétanos à marche longue, il est beaucoup moins efficace contre les tétanos aigus. Dans ces cas, toutefois, son influence se fait souvent sentir, et il compte même des guérisons.

Toujours est-il que cette thérapeutique est la plus bénigne pour les malades, beaucoup moins grave que l'amputation, la névrotomie, l'emploi de l'opium, du curare, de l'ésérine ; on l'a accusée d'avoir une action paralysante sur le cœur, mais cet épuisement cardiaque a été signalé sous la dépendance seule de l'affection.

Il faut recourir aux autres moyens seulement lorsque le chloral a été reconnu impuissant.

On donnera le médicament par l'estomac ou la voie rectale et non par les injections intra-veineuses ou sous-cutanées. Le dosage sera basé sur l'effet produit, jusqu'à ce que les spasmes aient cessé et que le malade soit en repos. Cependant il ne faut pas dépasser 15 à 16 grammes, en se souvenant que l'action du chloral est fugitive et qu'elle nécessite un long emploi.

Paul Dalché.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE.

De la poudre de viande et de son action thérapeutique. — Galien ne semble-t-il pas avoir prévu la poudre de viande, lorsqu'il écrivit sa phrase célèbre : « *In alimentis medicamenta sunt* »? La poudre de viande est, à coup sûr, le prototype de ces médicaments-aliments, essentiellement assimilables et capables d'exercer sur l'économie une action reconstituante par excellence.

(1) Les idées émises par Lœwenthal dans ce travail viennent à l'appui de l'opinion que nous professons depuis longtemps relativement à l'indépendance de l'ovulation et de la menstruation. Il y aurait, néanmoins, bien des objections à faire à sa nouvelle théorie.

Son emploi est indiqué dans toutes les maladies qui dérivent d'une nutrition défectueuse. Il s'agit, en effet, d'un de ces *aliments de force*, qui remontent tout l'organisme, augmentent la résistance vitale, enrichissent le sang et rendent possible la lutte contre les diathèses, les cachexies, les convalescences : pour tout dire en un mot, c'est l'*aliment thérapeutique*, le remède souverain de la misère physiologique et de l'appauvrissement du sang.

La poudre de viande a remplacé définitivement la viande crue, si fertile en tænias et en autres transmissions parasitaires.

Produit naturel, et non combinaison réalisée dans les arcanes chimiatriques, la poudre de viande offre au médecin un analeptique puissant, un *histogénique* de premier ordre, selon l'heureuse expression de notre regretté maître Gubler. Malheureusement, ce produit si riche présente souvent, dans le commerce, une saveur désagréable et répugnante, qui provoque des nausées et met en fuite le premier des reconstituants, qui est l'appétit.

M. Rousseau, comprenant ce grave *desideratum*, a entrepris de purifier la poudre carnée de ses éléments de fermentation, notamment des substances appartenant à la série grasse, par le moyen de l'alcool de bon goût, et il a obtenu ce résultat sans que son procédé ait modifié la valeur nutritive de la poudre.

La poudre Rousseau a une couleur chamois clair, une odeur nulle, une saveur peu sensible et sans aucune répugnance. Inaltérable, imputrescible et d'une absolue conservation, parce qu'elle est dépourvue de graisse, elle ne cause aucun renvoi, aucun spasme œsophagien et se digère aisément dans les estomacs les plus susceptibles. C'est tout simplement de la viande crue, desséchée à moins de 50 degrés, mais dont la pureté est certaine et la peptonisation assurée : 100 grammes de poudre de viande correspondent à 400 grammes de viande fraîche. L'analyse, soigneusement faite par M. Wurtz, nous montre une grande richesse de matières protéiques inaltérées, et, partant, une substance alibile incomparable, qui, par son absence d'odeur et de saveur, permet de supprimer tout moyen mécanique d'administration (tube Faucher, etc.), et d'administrer facilement la poudre mélangée au vin, au bouillon, ou incorporée à du chocolat.

La poudre de viande est le premier des *peptogènes*, et, à la suite de son ingestion, on voit succéder à l'anorexie carnée la plus absolue le goût et la tolérance pour la viande. On conçoit bien les services pratiques que peut rendre une semblable médication. Nos lecteurs ont tous présents à l'esprit l'étude si complète consacrée à la suralimentation dans la phthisie par MM. Debove et Dujardin-Beaumetz. La poudre de viande enraie rapidement tous les symptômes fâcheux de la tuberculose chronique : tant il est vrai qu'un bon nutriment est la solide planche de salut des phthisiques !

La poudre de viande s'applique aussi aux traitements de l'épuisement nerveux, des engorgements ganglionnaires, des suppurations prolongées, des hémorrhagies, de la diarrhée chronique, etc. Elle est indiquée dans les convalescences, les vomissements de la grossesse, pendant l'allaitement prolongé, dans les maladies infantiles, notamment la coqueluche où la reconstitution est toujours si impérieusement nécessaire ; elle est très bien tolérée par les enfants.

J'aurais voulu aussi dire quelques mots des applications à l'hygiène. Faute de place, je me borne à signaler les services que peut rendre aux soldats en campagne, aux voyageurs, chasseurs, explorateurs, etc., cet aliment par excellence, aujourd'hui perfectionné, et qui offre, sous le plus petit volume, une substance d'une puissance nutritive considérable.

(GAZ. DES HÔPITAUX.) Dr POL. VERNON.

NOTES & INFORMATIONS

CHOLÉRA. — L'épidémie, à peu près complètement éteinte à Paris, présente ce fait particulier que la majorité des cholériques admis dans les hôpitaux civils de Paris, depuis quatre ou cinq jours, proviennent d'Aubervilliers où un nouveau foyer s'est déclaré dans le passage Saint-Nicolas.

D'autre part, le choléra frappe en ce moment le dépôt de mendicité de Saint-Denis (Seine), où l'on comptait, mercredi dernier, un chiffre de 19 décès.

***

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

MEMBRES DE LA COMMISSION D'ORGANISATION

M. le professeur Trélat, président ;
M. le professeur Verneuil ;
M. le docteur Horteloup, chirurgien des hôpitaux, secrétaire général de la Société de chirurgie ;
M. le docteur Chauvel, professeur au Val de Grâce ;
M. le docteur Bouilly, agrégé, chirurgien des hôpitaux de Paris ;
M. le docteur Ch. Monod, agrégé, chirurgien des hôpitaux de Paris ;
M. le docteur S. Pozzi, agrégé, chirurgien des hôpitaux de Paris, secrétaire de la Commission.

(*Adresser toutes les communications à M. le docteur S. Pozzi 10, place Vendôme, Paris*)

STATUTS ET RÈGLEMENTS PROVISOIRES DU CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

STATUTS

I. Le Congrès français de chirurgie a pour but d'établir des liens scientifiques entre les savants et les praticiens nationaux ou étrangers qui s'intéressent aux progrès de la chirurgie française.

II. Le Congrès tient ses sessions à Paris, chaque année, pendant la semaine de Pâques. Un vote de l'Assemblée, après convocation spéciale, peut toutefois modifier la date de la session suivante.

III. Sont membres du Congrès tous les docteurs en médecine qui s'inscrivent en temps utile et paient la cotisation.

IV. Dans la dernière séance de chaque session, l'Assemblée nomme pour l'année suivante : un président, deux vice-présidents, quatre secrétaires et un trésorier.

Le bureau fixe l'ordre du jour. Il nomme deux vice-présidents d'honneur dans la première séance. Il tranche toutes les questions qui lui sont soumises par le Comité.

V. Un Comité permanent de sept membres, élus par le Congrès au scrutin de liste (et dont le Comité d'organisation remplit provisoirement les fonctions), s'occupe, dans l'intervalle des sessions, de toutes les affaires qui intéressent le Congrès ; il gère les finances et préside aux publications. — Tous les deux ans, deux membres du Comité, désignés par le sort, sont remplacés par une nouvelle élection : les membres sortants sont rééligibles.

VI. Les séances du Congrès sont publiques. Toutes les communications et discussions se font en français. Elles sont publiées *in-extenso* ou en résumé, sous la surveillance du Comité.

VII. La cotisation annuelle des membres est de 20 fr. Elle donne droit au volume des comptes rendus du Congrès.

Une cotisation de 200 fr., versée avant le 15 février 1885, donne droit au titre de FONDATEUR. Passé cette date, la même cotisation conférera le titre de MEMBRE PERPÉTUEL. Cette cotisation opérera le *rachat* de toute contribution annuelle.

RÈGLEMENT

I. Les chirurgiens qui désirent faire partie du Congrès doivent envoyer leur adhésion au secrétaire du Comité et y joindre la somme de 20 fr. Il leur est délivré un reçu, détaché d'un registre à souche, qui donne droit au titre de membre de la prochaine session.

II. Les séances ont lieu de 9 h. 1/2 du matin à midi et de 3 heures à 6 heures, à l'Ecole de médecine. Les séances du matin sont consacrées à l'introduction et à la discussion des *sujets mis d'avance à l'ordre du jour de la session par le Congrès précédent* (ou, pour le premier Congrès par le Comité d'organisation); les *communications diverses* seront faites aux séances du soir.

III. Les membres du Congrès qui désirent faire une communication sont priés de le faire savoir au secrétaire du Comité avant le 1er janvier (cette date est reculée au 15 février pour la première session). Ils devront y joindre un résumé très bref, contenant les conclusions de leur travail.

Ce résumé sera imprimé *in extenso* ou en partie dans le programme qui sera distribué avant l'ouverture du Congrès.

IV. Les orateurs qui désirent prendre part à la discussion des sujets mis à l'ordre du jour ou des communications annoncées pourront se faire inscrire d'avance en écrivant au Comité (secrétariat). La parole sera donnée dans l'ordre des inscriptions.

V. Les communications peuvent avoir une durée de quinze minutes. Le président a le droit, sans consulter l'Assemblée, de donner une prolongation de dix minutes, soit vingt-cinq minutes en tout. Ce temps écoulé, il est nécessaire de consulter l'Assemblée.

VI. Il est accordé à chaque orateur cinq minutes pour la discussion, et, avec l'agrément du président, dix minutes.

Le même orateur ne peut parler pour la discussion plus de quinze minutes, dans la même séance, sans l'assentiment de l'Assemblée.

VII. Le manuscrit des communications et la rédaction des paroles prononcées dans la discussion doivent être remis aux secrétaires au début de la séance qui suit celle de la communication ou de la discussion; faute de quoi une simple analyse en sera publiée.

QUESTIONS MISES A L'ORDRE DU JOUR DU PREMIER CONGRÈS
(Voir l'article 2 du règlement.)

I. Etiologie et pathogénie des infections chirurgicales.

On est invité à rapporter spécialement les faits cliniques et expérimentaux qui peuvent contribuer à déterminer le rôle respectif des ferments figurés (microbes, etc.) et des poisons chimiques (ptomaînes, etc.) dans la pathogénie des septicémies.

II. Des indications que l'examen des urines fournit à la pratique chirurgicale.

III. Des meilleurs pansements à employer dans la chirurgie d'armée en campagne.

IV. Cure des abcès froids.

Distinguer entre la cure des abcès froids ossifluents et la cure des abcès froids non ossifluents.

V. Des indications opératoires dans les blessures profondes de l'abdomen.

Outre ces questions choisies par la Commission d'organisation du Congrès, elle a examiné les suivantes sur lesquelles elle croit devoir aussi attirer l'attention et demander des documents:

I. Valeur comparée de l'anus iliaque et de l'anus lombaire dans le cancer du rectum.

II. Indications de la gastrostomie.

III. Origine et nature de la coxalgie.

IV. Indications de la trépanation du crâne dans les lésions traumatiques.

V. Du traitement du pédicule dans l'ovariotomie et l'hystérotomie.

VI. De l'opération des tumeurs incluses dans le ligament large.

R. F. D.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Billon, d'Ermenonville (Oise), — du docteur Aubergier (Louis), de Chambon (Creuse); — du docteur Bertin (de Nancy), médecin de l'hôpital départemental, ancien professeur suppléant à la Faculté de médecine de Nancy; — de M. Oberlin, directeur honoraire de l'Ecole de pharmacie de Nancy; — du docteur Savidan (de Lannier); — du docteur Darnel, maire de Calais.

*
* *

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Bouchardat, professeur d'hygiène, est autorisé à se faire suppléer dans le service des examens, pendant l'année scolaire 1884-1885, par M. Proust, agrégé. — M. Assaki, aide d'anatomie, est nommé préparateur de médecine opératoire, en remplacement de M. Ramonat, appelé à d'autres fonctions. — M. le docteur Rémy fera des conférences d'anatomie pathologique dans le laboratoire de l'hôpital de la Charité, tous les jeudis du semestre d'hiver, à dix heures et demie du matin.

— Le 15 octobre 1884, c'est-à-dire au début de la présente année scolaire, le nombre des étudiants inscrits à la Faculté était de 3,994. On évalue pour cette année, comme la précédente, le nombre des inscriptions nouvelles à 500 ou 550 environ.

Le nombre des étrangers, hommes, inscrits au 1er décembre 1884, était de 530, parmi lesquels 127 Américains, 96 Russes, 61 Roumains, 52 Espagnols, 45 Turcs, 30 Brésiliens, 26 Suisses, 25 Grecs, 22 Anglais.

Le nombre des étudiantes est en remarquable progrès. A l'heure actuelle, il est de 78, alors qu'il n'était que de 45 au 15 octobre 1883; 12 autres femmes environ sont actuellement en instance pour obtenir leur inscription. Sur les 78 femmes actuellement inscrites, il n'y a que 13 Françaises. Les Russes sont au nombre de 47, les Anglaises de 11 et les Américaines de 3.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Les concours pour les prix (année scolaire 1883-1884) se sont terminés par les nominations suivantes:

Troisième année. — Science anatomique et physiologique. — Prix: M. Ruosse.

Quatrième année. — 1° Science médicale. — Prix: M. Bauquel. — Mentions honorables: MM. Cherpittel et Devaux. — 2° Science chirurgicale. — Prix: M. Vautrin.

Concours de l'internat (prix Bénit). — Prix: M. Brullard. — Mention honorable: M. Vautrin.

Concours de thèses. — Prix: M. Schürrer. — Mentions très honorables: MM. Parisot, Schuhl, Nicolas, Loison, Henry, Vuillemin et Lebon.

*
* *

Les mutations suivantes ont lieu dans les hôpitaux de Paris (service de médecine): M. Bucquoy passe à l'Hôtel-Dieu, M. Luys à la Charité, M. Blachez à Cochin, M. du Castel au Midi, M. Joffroy à la Salpêtrière, M. Raymond à Saint-Antoine, MM. Moutard-Martin et Danlos à Tenon, M. Sevestre aux Enfants-Assistés, M. Quinquand à Ivry, M. Albert Robin aux Ménages, M. Cuffer à Bicêtre et M. Gingeaud à Sainte-Périne.

*
* *

ECOLE MUNICIPALE D'INFIRMIÈRES DE LA PITIÉ. — Les cours professionnels et les exercices pratiques viennent de recommencer. L'enseignement comprend les cours suivants: *Cours d'administration*, M. Perroud. — *Eléments d'anatomie*, M. le docteur Petit. — *Eléments de physiologie*, M. le docteur J. Regnard. — *Pansements*, M. le docteur J. Poirier. — *Soins à donner aux femmes en*

couches et aux nouveau-nés, M. le docteur Maygrier. — *Hygiène*, M. Gilles de la Tourette. — *Petite pharmacie*, M. Yvon.

Les dames qui veulent suivre les cours professionnels de l'Ecole de la Pitié doivent se faire inscrire à l'hôpital de la Pitié, rue Lacépède, n° 1, bureau de la direction, de huit heures du matin à midi.

* *

— SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — La Société de médecine légale vient de procéder au renouvellement de son bureau qui, pour l'année 1885, est composé comme il suit :

Président : M. le docteur Blanche; vice-présidents : M. Horteloup, magistrat, et M. le docteur Polaillon; secrétaire général : M. le docteur Gallard; secrétaires des séances : M. le docteur Le Blond et M. le docteur Socquet; archiviste : M. le docteur Ladreit de Lacharrière; trésorier : M. Mayet, pharmacien.

Membres de la commission permanente chargée de répondre dans l'intervalle des séances aux demandes d'avis motivés adressées à la Société : MM. Blanche, président; Gallard, secrétaire général; le docteur Boudet, le docteur Brouardel, Chaudé, avocat; le docteur Foville, le docteur Grassi, le docteur Laugier, le docteur Lutaud, le docteur Polaillon, le docteur Vibert.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 7 AU SAMEDI 13 DÉCEMBRE 1884.

Fièvre typhoïde 24. — Variole 2. — Rougeole 32. — Scarlatine 5. — Coqueluche 7. — Dipthérie, croup 31. — Choléra 6. — Dysentérie 0. — Erysipèle 0. — Infections puerpérales 6. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 37. — Phthisie pulmonaire 173. — Autres tuberculoses 17. — Autres affections générales 67. — Malformation et débilité des âges extrêmes 49. — Bronchite aiguë 49. — Pneumonie 93. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 29, — au sein et mixte 14. — Inconnu 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 95. — de l'appareil circulatoire 56. — de l'appareil respiratoire 81. — de l'appareil digestif 46 — de l'appareil génito-urinaire 21. — de la peau et du tissu lamineux 5. — des os, articulations et muscles 3. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 1. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 1. — Morts violentes 18. — Causes non classées 8. — Total de la semaine: 979 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

PANSEMENT OUATÉ, DE SON APPLICATION A LA THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE, par Alphonse Guérin, président de l'Académie de médecine. 1 vol. in-18 jésus de XII-392 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 4 fr. — Paris, 1884, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

PATHOLOGIE DES OVAIRES — Leçons cliniques sur la menstruation et ses troubles, par T. Gallard, médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris, 1 vol. in-8 de 320 pages, avec 37 figures. — Prix : 6 fr. — Paris, 1884, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

Paris, le 25 décembre 1884.

Nos lecteurs ont eu connaissance, par le dernier numéro du COMPTE RENDU GÉNÉRAL, de la transformation de ce journal qui, à dater du 1er Janvier prochain, prend le titre de JOURNAL DES SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES, et porte le prix de son abonnement à 12 fr. pour Paris, 13 fr. pour les départements, 15 fr. pour l'étranger.

Cette transformation a amené, dans les rapports du COMPTE RENDU GÉNÉRAL, ou plutôt de son successeur, avec la GAZETTE MÉDICALE, des modifications qui présentent pour nos abonnés d'importants avantages.

Tout d'abord on peut s'abonner isolément soit à la GAZETTE MÉDICALE, soit au JOURNAL DES SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES. Nous venons d'indiquer le prix d'abonnement à ce dernier journal. Celui de la GAZETTE MÉDICALE a subi une réduction considérable, car de 36 fr. pour la France et 40 fr. pour l'étranger, il descend à 22 fr. pour Paris, 24 fr. pour les départements, 26 fr. pour l'étranger.

Mais nos lecteurs, habitués à recevoir les deux journaux, qui se complètent l'un l'autre, ne voudront certainement pas les séparer et, pour répondre à ce désir, nous faisons, sur l'abonnement collectif aux deux journaux, une réduction dont le tableau suivant montre l'importance :

		Paris.	Départ.	Un. post.
Abonnement à la GAZETTE MEDICALE seule.	un an...	22 fr.	24 fr.	26 fr.
	six mois.	12 fr.	13 fr.	14 fr.
Abonnement au JOURNAL DES SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES seul.	un an...	12 fr.	13 fr.	15 fr.
	six mois.	7 fr.	7.50	8 fr.
Abonnement collectif à la GAZETTE MEDICALE et au JOURNAL DES SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES.	un an...	25 fr.	28 fr.	32 fr.
	six mois.	13.50	15 fr.	17 fr.

Nos abonnés actuels recevront donc, à Paris pour 25 fr., dans les départements pour 28 fr., à l'étranger pour 32 fr., les deux journaux qu'ils ont payés jusqu'à ce jour 36 fr. en France et 40 fr. à l'étranger.

Ce n'est pas tout : un accord intervenu entre la REVUE SCIENTIFIQUE, la GAZETTE MÉDICALE et le JOURNAL DES SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES permet de réduire aux conditions suivantes l'abonnement collectif aux trois journaux :

		Paris.	Départ.	Un. post.
Abonnement collectif à la REVUE SCIENTIQUE, à la GAZETTE MÉDICALE et au JOURNAL DES SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES.	un an.	42 fr.	48 fr.	58 fr.
	6 mois	22 fr.	25 fr.	30 fr.

C'est-à-dire que, pour recevoir la REVUE SCIENTIFIQUE, dont le prix d'abonnnement est de 25 fr. pour Paris, 30 fr. pour les départements, 35 fr. pour l'étranger, et pour réunir ainsi trois journaux embrassant entre eux l'universalité de nos connaissances scientifiques, nos abonnés actuels n'ont qu'à débourser

FEUILLETON

DE L'OBSTÉTRIQUE COMPARÉE DANS LES RACES. — LE LIVRE DU DOCTEUR ENGELMANN. — ETAT ACTUEL DE LA QUESTION, par le docteur E. VERRIER, préparateur du cours d'accouchements à la Faculté de médecine, membre de la Société d'anthropologie.

Dans ces dernières années, l'anthropologie a fait de grands progrès. Il n'est guère de centres scientifiques où il ne se fonde des Sociétés consacrées à l'étude de l'histoire naturelle de l'homme et des races humaines.

Pour ne parler que de la France, outre l'Ecole et la Société d'anthropologie de Paris, il y a des Sociétés semblables à Bordeaux, à Lyon, et des Sociétés d'ethnographie dans d'autres villes.

A l'étranger, Berlin, Londres, Munich, Fribourg, Vienne, Bruxelles, Florence, Stockholm possèdent leurs Sociétés d'anthropologie.

Mais c'est en Amérique où l'étude plus spéciale de l'accouchement comparé dans les races a pour ainsi dire pris naissance officiellement par le livre.

Celui que M. Engelmann (de Louisville) consacre à cette question en est arrivé à sa deuxième édition. Jusqu'à ces derniers temps, il n'a point encore été traduit en français, nos éditeurs n'étant pas de leur nature très portés à publier des livres spéciaux.

Le but que l'auteur se propose dans son ouvrage est de rechercher : 1o quelle était la position occupée par les femmes en travail chez les nations du passé, surtout chez celles qui se vantaient d'une plus grande civilisation ; 2o d'observer la position prise par la femme en travail chez les races sauvages de nos jours, chez lesquelles les mouvements sont encore dirigés par l'instinct ; 3o enfin d'observer, dans la pratique obstétricale actuelle, les mouvements des femmes et les positions qu'elles prennent involontairement dans l'angoisse des douleurs expulsives, alors que l'instinct domine tout autre sentiment.

Après avoir présenté une division géographique d'après les différentes positions prises par les femmes en travail, M. Engelmann divise ainsi son sujet :

un supplément de 6 fr. à Paris, 12 fr. dans les départements, 18 fr. à l'étranger.

On chercherait vainement ailleurs une combinaison aussi avantageuse au point de vue scientifique comme au point de vue économique.

ANATOMIE GÉNÉRALE

NOTE SUR LE GLIOME NEUROFORMATIF ET L'ÉQUIVALENCE NERVEUSE DE LA NÉVROGLIE (1), par le professeur J. RENAUT

I. On sait que certaines tumeurs, reproduisant le type des tissus normaux tels que le cartilage, se développent chez l'homme avec des caractères étrangers à l'organisme humain. Cependant on retrouve ces caractères chez des animaux inférieurs qui n'appartiennent pas à la même classe de vertébrés ni même parfois à cet embranchement. Tel est le cas bien connu de l'enchondrome à cellules ramifiées, dont la constitution n'a son analogue que dans les cartilages céphaliques du poulpe commun. J'ai constaté, il y a déjà plusieurs années, que les *Gliomes* ou tumeurs formées par une prolifération abondante de la névroglie des centres nerveux sont dans le même cas. Certains d'entre eux, non pas tous, reproduisent le type général de la névroglie des animaux inférieurs, des cyclostomes par exemple (2), avec sa disposition en masses larges et ses différenciations nerveuses exclusivement amyéliniques. De pareilles tumeurs, formées de névroglie, édifient aux dépens de leurs éléments propres de véritables ganglions nerveux adventices; et, pour cette raison, je leur donne le nom de *gliomes neuroformatifs*.

(1) Cette note a été présentée, dans le courant de l'été 1882, à l'Académie des sciences par M. le professeur Bouley. Les comptes rendus de l'Académie n'en avaient alors, sur ma demande, donné que le titre. Je crois nécessaire de la publier aujourd'hui *in extenso* avec quelques modifications dans la forme qui du reste n'intéressent absolument en rien le fond, comme on pourrait aisément s'en rendre compte en comparant le texte ci-joint avec celui de la note déposée, en 1882, par M. Bouley aux archives de l'Académie des sciences.

(2) J. RENAUT. *Etude sur les centres nerveux amyéliniques*. ARCH. DE PHYS., 1882, n° 2.

Le gliome que je vais prendre pour exemple du fait énoncé, et que je veux aussi analyser à d'autres points de vue, s'était développé dans le centre ovale gauche et poussait des prolongements dans la circonvolution frontale ascendante de manière à l'envahir en entier dans sa partie supérieure, notamment au niveau de l'îlot de substance grise situé immédiatement en arrière de la bifurcation de l'anfractuosité séparant la circonvolution frontale supérieure de la circonvolution frontale moyenne (1). La tumeur, qui se fondait sur sa marge insensiblement avec les parties de l'encéphale demeurées saines, présentait une écorce dure et un centre gélatineux, semblable à une énorme boule d'œdème artificiel du volume d'un œuf. Cette boule était cloisonnée par une foule de travées, les unes vasculaires, les autres nerveuses et formées d'une série de faisceaux de fibres de Remak typiques. Tout le long de ces travées étaient appendus, comme des grains, des nodules jaunâtres de forme variable. La portion corticale du néoplasme, blanche et ferme, et disposée régulièrement autour du point gélatineux central de manière à l'envelopper, fut examinée à l'état frais sur des dissociations et des coupes, dans son propre plasma. Elle montra une trame névroglique, formée de fibres entrecroisées dans tous les sens, et absolument analogue à celle de la moelle épinière de la grande lamproie, sauf quelques modifications de détail sur lesquelles je vais revenir dans un instant. Un premier fait acquis est donc que : *dans les gliomes proprement dits, et contrairement à certaines opinions classiques (2), la trame névroglique formée de fibres préexiste et n'est pas due à l'action des réactifs coagulants.*

Dans les portions dures et exclusivement névrogliques de la tumeur, après fixation par le bichromate d'ammoniaque à 2 p. 100 et coloration par la purpurine, le picro-carminate d'ammoniaque ou l'éosine hématoxylique, les cellules fixes du tissu se montrèrent à peu près identiques aux cellules de la

(1) Gerland (Clémentine), trente-quatre ans, entrée à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Sainte-Blandine, n° 18, le 21 avril 1881, morte le 23 mai 1883. Le mal se caractérisa par des attaques épileptiformes, puis par de l'hémiplégie droite incomplète, enfin des attaques d'épilepsie jacksonnienne dans le membre supérieur droit. La malade mourut au milieu de crises épileptiformes avec cris, déviation conjuguée à gauche et affaiblissement progressif et rapide.

(2) CORNIL et RANVIER. *Manuel d'histologie path.*, p. 133 (texte reproduit dans la deuxième édition).

Première partie. — Traitant de la position des femmes dans les races primitives où le travail est gouverné par l'instinct et non par la pruderie ou les lois de l'obstétrique.

Deuxième partie. —Traitant de la position des femmes dans les races civilisées de nos jours pendant l'angoisse des douleurs expulsives. — De ces parties de son livre, l'auteur conclut que les positions demi-couchées ou inclinées sont les plus correctes chez les femmes qui accouchent scientifiquement et pratiquement.

Il donne les preuves ethnologiques, qu'il croit justes, de cette assertion. Pour cela, il classe les positions, d'après l'inclinaison de l'axe du corps, en perpendiculaires, inclinées et horizontales, et en déduit que la position inclinée ou demi-couchée paraît être la plus favorable à l'expulsion du fœtus. Cette conclusion l'amène à discuter si l'on ne devrait pas revenir à l'antique usage de la chaise obstétricale.

En s'attachant plus spécialement, dans son travail, à faire ressortir les habitudes des différents peuples pendant l'acte de la parturition et en représentant, par de nombreuses figures très intéressantes, les diverses situations de la parturiente et des assistants, M. Engelmann a assuré à son livre tout au moins un succès de curiosité, sinon d'utilité pratique. D'autre part, et pour établir l'état actuel de la question en France, nous dirons qu'au commencement de l'année scolaire 1883-1884 j'ai inauguré, à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine de Paris, un cours libre d'obstétrique comparée suivant les races. Ce n'est plus seulement par le livre, mais par la parole appuyée d'une série de dessins, que la vulgarisation de cette branche de l'anthropologie va désormais se faire.

Il n'est pas nécessaire d'insister beaucoup pour montrer l'intérêt pratique de cet ordre d'études, aujourd'hui surtout que nos relations coloniales s'étendent et qu'il importe de fournir un personnel médical instruit à des pays lointains. Les races diverses présentent, on le sait, des modifications dans le squelette, les parties molles, la pathologie et jusque dans les postures en usage chez les accouchées.

De ces différences, il ressort un autre ordre dans les présentations et les positions du fœtus, ainsi que dans le mécanisme du travail. De là aussi des modifications dans les opérations qui en découlent.

Il n'est pas jusqu'aux caractères physiques du nouveau-né, les

névroglie de l'homme et des animaux supérieurs, construites du reste, on le sait, absolument sur le même type que celles de la névroglie des cyclostomes. Un grand nombre affecte l'état de *grains*, c'est-à-dire de noyaux dépourvus de masse protoplasmique distincte, et entourés étroitement par des fibres névrogliques se comportant à leur égard comme des différenciations tangentielles. Beaucoup d'autres cellules possèdent une masse protoplasmique à contour festonné, renfermant plusieurs noyaux à la façon des cellules névrogliques des animaux inférieurs, ou un seul comme ces mêmes cellules chez les mammifères Chaque feston protoplasmique de la cellule étoilée donne naissance à un prolongement du protoplasma qui, après un court trajet, prend le caractère réfringent ainsi que toutes les réactions histochimiques des fibres de la névroglie (1), et se poursuit en entrant dans la constitution du réseau névroglique général, formé par un feutrage de prolongements analogues. D'autres fibres prennent naissance tangentiellement sur une cellule que croise leur direction. Certaines cellules n'émettent de prolongements que sur un côté, et affectent la forme de grenade ou de poulpe signalée par M. Ranvier (2). Enfin, quelques cellules fixes, de volume plus considérable que les autres, émettent un prolongement puissant, indivis, coloré comme le protoplasma périnucléaire, et qui file à une grande distance, simulant un prolongement de Deiters. Ce prolongement cependant n'est pas fibrillaire ; il va plus ou moins loin rejoindre une autre cellule fixe et s'y terminer. Il me paraît, pour ces raisons, simplement l'analogue des longs prolongements qui relient entre elles, à distance, les cellules épithéliales du corps muqueux de Malpighi.

A mesure que l'on s'approche du centre gélatineux du gliome, on voit les vaisseaux sanguins devenir plus nombreux. Autour d'eux, la névroglie, disposée ailleurs en masse resserrée, subit une modification remarquable. Les espaces poreux interceptés par l'entrecroisement des fibres névrogliques s'agrandissent; le chevelu des prolongements cellulaires disposés en fibres se déploie au sein d'une substance fondamentale homogène et transparente. Les cellules fixes s'isolent les unes des autres et apparaissent comme dissociées par une injection interstitielle. Ce sont des corps anguleux, régulièrement étoilés ou affectant la forme de grenades, dans le protoplasma desquels viennent se ficher comme des pointes, se disposer en arcs sur la marge ou s'accoler tangentiellement des expansions en forme de fibres roides, marchant dans tous les sens et dans tous les plans. Toutes ces cellules se montrent alors unies les unes aux autres par leurs prolongements qui ont pris la forme de fibres ; elles constituent par leur ensemble un réseau continu d'une délicatesse et d'une complication extrêmes, formé par de la névroglie vraie simplement *déployée*.

Enfin, au voisinage immédiat du centre gélatineux, certaines cellules fixes prennent, au milieu des autres, l'aspect exact de cellules nerveuses multipolaires, sauf qu'elles ne possèdent pas de prolongement cylindre-axe (1). Au voisinage de leur corps protoplasmique, et souvent dans l'intervalle de deux cellules qui sont unies ainsi par une expansion ramense, les prolongements du protoplasma prennent une constitution tout à fait comparable à celle des expansions protoplasmiques des véritables cellules nerveuses ganglionnaires normales. Mais toujours, parmi ces prolongements, plusieurs reprennent après un certain trajet le caractère de fibres névrogliques, et se continuent avec les expansions, différenciées aussi sous forme de fibres névrogliques, des cellules fixes de la névroglie du gliome non modifiées, ou qui ont subi des modifications intermédiaires.

Au milieu des groupes formés par de telles cellules, on en voit un grand nombre conservant le type de la névroglie (en ce qu'elles sont reliées au réseau général par leurs expansions devenues, après un certain trajet, des fibres névrogliques vraies,) *mais qui se sont d'autre part complètement différenciées à l'état de cellules nerveuses*. Elles sont en effet munies d'un puissant filament cylindre axile ou de Deiters. Celui-ci, nettement fibrillaire, gagne une travée de fibres de Remak et s'y poursuit sous forme d'élément d'un cordon nerveux amyélinique. Par conséquent, l'élément cellulaire qui lui a donné naissance est incontestablement une cellule nerveuse, vivant

(1) Coloration en rose par l'éosine, en rouge par le carmin : ce dernier caractère distingue de prime abord les fibres névrogliques des fibres élastiques avec lesquelles elles ont été identifiées à tort par Gerlach.

(2) Ranvier. Comptes rendus de l'Académie des sciences, 5 juin 1882.

(1) Ce sont surtout de pareils éléments que Lancereaux décrit dans son travail cité plus loin (névrome du cerveau), et non de vraies cellules multipolaires émettant un cylindre-axe.

---

déformations et mutilations ethniques qu'il subit, etc., qui ne méritent une mention spéciale.

Toute cette voie nouvelle ouverte à nos investigations n'a point été envisagée dans le livre de M. Engelmann ; mais le docteur Corre, médecin de première classe de notre marine nationale, a, dans un petit livre intitulé : *La mère et l'enfant suivant les races*, déjà beaucoup éclairé ce sujet.

Un autre point qui ressortit à l'obstétrique comparée, c'est l'étude de l'ovologie et de l'embryogénie comparées. Dans son savant cours d'anthropologie zoologique à l'Ecole d'anthropologie, M. Mathias Duval y a consacré de longs et importants développements.

On peut donc dire d'ores et déjà que, dès les débuts de cette nouvelle branche de la science, si M. Engelmann a posé par le livre les bases d'une étude curieuse autant qu'utile, la France lui a aussi imprimé son cachet par le cours magistral de M. Mathias Duval, le livre de M. Corre, et le cours libre d'obstétrique comparée suivant les races, destiné à vulgariser les notions jusqu'à ce jour acquises.

Cours complet d'accouchements en 42 leçons. — MM. Bar et Auvard recommenceront leurs cours le lundi 5 janvier 1885. Le cours a lieu tous les jours à quatre heures et demie, 5, rue du Pont-de-Lodi. MM. les étudiants seront exercés aux manœuvres obstétricales.

Pour les renseignements et pour se faire inscrire, s'adresser soit à M. le docteur Bar, 4, rue Saint-Florentin, soit à M. le docteur Auvard, 21, rue de Lille, les lundi, mercredi et vendredi à une heure et demie.

Hôpital Saint-Louis. — Service de M. Ernest Besnier. — Salles Gibert et Cazenave, à neuf heures. — Ordre des travaux à partir du 1er janvier 1885 :

Lundi. — Policlinique dermatologique et syphiliographique (consultation externe).

Mercredi. — Clinique dermatologique et syphiliographique (salle Gibert et laboratoire Cazenave, ou salle des conférences du Musée).

Jeudi. — Opérations dermatologiques : lupus, acnés, scrofulomes, etc. (laboratoire Cazenave).

Samedi. — Policlinique des affections parasitaires : teignes, alopécies, dermatoses infantiles (laboratoire Cazenave).

et fonctionnant comme telle, et mise en rapport avec un point qnelconque de la périphérie par son cylindre-axe. On ne sanrait en effet arguer qn'il s'agit là d'ébanches sans objet, se réduisant à de simples formes. Toute travée de fibres de Remak émanée d'une cellule des centres agit comme un nerf; et, si la cellnle d'où chacun de ses cylindres d'axes constitntifs tire son origine ne fonctionnait pas comme cellule ganglionnaire, la travée ne sanrait subsister, on dn moins, nne fois formée, ne tarderait pas à donner des signes de dégénération. Il n'en est pas ainsi. Les grains jaunes, semés dans le point gélatineux central dn *gliome neuro-formatif* que j'étudie, sont presque entièrement composés de cellnles nerveuses néoformées semblables à celles que je viens de décrire. Ces cellules constituent, par leur rénnion au sein de ces grains, de véritahles ganglions néoformés enx aussi; et de chacun de ces ganglionsse dégage au moins un faisceau de fibres nerveuses parfaitement constituées, que l'on reconnaît dn premier coup à leurs caracteres typiques et absolus.

II. La présence de cellules nerveuses dans nn gliome n'est peut-être pas nn fait nouveau (1). En revanche, l'analyse qne je viens de faire met en lumière une série de faits qui jnsqu'ici n'étaient pas connus et, de plus, conduit à une conception très intéressante des rapports de la névroglie avec les cellules nerveuses ganglionnaires. C'est là même que réside l'intérêt majeur de cette note.

Dans une masse néoformée de névroglie, le plns souvent dans les points où les vaisseaux sanguins ont le plus largement pénétré, nne cellule fixe de la formation névroglique, prise en particulier pour exemple, se différencie au milieu des antres, *devient nerveuse* et, en cette qualité, pousse un filament cylindre-axe vrai qui bientôt entre dans la constitution d'un nerf. Les prolongements d'une pareille cellule prennent, au voisinage de son corps, le caractère des expansions protoplasmiques des cellules nerveuses; mais, après s'être plusieurs fois arborisés, *ils se poursuivent sous forme de fibres névrogliques* entrant dans la constitution du réseau général de ces mêmes fibres. Les prolongements des cellules multipolaires autres que celui de Deiters ne sont donc antre chose que des fibres de la névroglie qui ont repris, dans le voisinage de la cellule nerveuse, la constitution de lames de protoplasma. Leur signification dans les cellules nerveuses des ganglions normanx des centres se trouve ainsi éclairée d'nn jour tout nouveau. Aux hypothèses bien connnes de Gerlach et de Butzke, les ganglions adventices du gliome neuro-formatif, naturellement dissociés comme les normaux ne pourront probablement l'être jamais dans une préparation artificielle, substituent une disposition évidente que l'on peut considérer comme la clef des relations générales de la névroglie avec les cellnlesganglionnaires.

Cette disposition est la suivante : tous les éléments cellulaires d'un centre nerveux neuro-névrogliqne, qn'ils appartiennent à la névroglie ou soient différenciés en cellules ganglionnaires, forment un réseau continu. Ils sont reliés par les fibres névrogliques qui partent de leurs expansions protoplasmiques, comme les cellules dn corps mnquenx de Malpighi sont rattachées les unes aux autres (pour former elles aussi un réseau continu) par les pointes de Schultze et les longs prolongements de Ranvier.

Dans cet ordre d'idées, *la névroglie prend la signification d'une formation réellement nerveuse*, bien qu'elle joue, à l'égard des cellules ganglionnaires et de leurs cylindres d'axe, nn rôle analogue à celui du tissu conjonctif. Cela même résulte du fait positif que je viens de démontrer : à savoir que l'une quelconque des cellules d'une masse de névroglie, même prise au sein d'nne formation pathologiqne, sans modifier ses rapports avec les autres d'une manière sensible, peut acquérir à la fois la forme et les fonctions d'une cellule nerveuse ganglionnaire. Elle possède donc la neurilité à l'état latent et, dans certainee conditions, redevient apte à la développer par une simple modification évolutive. Cette notion, qui justifie les premieres vues de Deiters, et qui montre que tout élément du névraxe, même fixé sous la forme de cellule névrogliqne, a gardé l'aptitude à se transformer en un élément nerveux de l'ordre le plus élevé, viendra sans doute se joindre utilement à celle de la signification purement épithéliale de la névroglie, formulée d'abord par moi en mars 1882(1), et qui depuis a été adoptée sans conteste par tous les histologistes qui m'ont succédé dans cet ordre de recherches (2).

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Etude sur la rigidité du col d'origine syphilitique, par le docteur J.-A. Doléris, chef de clinique d'accouchement et de gynécologie.

(Suite. — Voir les numéros 49, 50 et 51.)

Je crois qu'il n'est pas nécessaire de commenter longuement la dernière observation. La syphilis est certaine, qui plus est, apparente. La rigidité ne peut être niée. Toutefois, je ferai remarquer, pour plus de sûreté, que ni le bassin, ni les parties molles antres qne le col, ni le volume du fœtus, ne sauraient être mis en cause ou snsciter un doute: il suffit de se reporter aux détails de l'observation. D'un autre côté, on ne saurait nier que l'inertie utérine a, à un certain moment, occupé le premier plan dans la scène du travail; il ne pouvait en être autrement, étant données les conditions générales de la parturiente, son âge, son peu d'énergie et surtout son manque d'influx nerveux. Mais l'inertie était ici secondaire; nous avons pn nous en assnrer, et ce n'est qu'au bout de 18 à 20 heures que l'utérus, après avoir épnisé ses efforts sur l'obstacle, avait faibli, certainement à une période plus précoce qu'on ne l'observe chez des femmes jeunes dans de bonnes conditions. Depuis, dans le cours du travail, nous avons assisté à des défaillances semhlables de l'organe gestateur et à des réveils soutenus de sa contractilité, sans que pour cela la rigidité ait pu être vaincue. Il y a donc à tenir compte des

(1) Lancereaux. Archives de physiologie norm. et pathol., t. II, 1869, p. 762 et *Atlas d'anatomie pathologique* (texte), p. 421. Lancereaux incline à croire que les tumeurs qu'il décrit comme névromes du cerveau « *sont formées de cellules nerveuses développées dans la substance blanche cérébrale, et vraisemblablement aux dépens de la névroglie* », mais il ne donne à part cela aucune démonstration de ses assertions.

(1) J. Renaut. *Recherches sur les centres nerveux amyéliniques : la névroglie et l'épendyme.* (Arch. de physiologie normale et pathologique, n° 2 (avril 1882).

(2) L. Ranvier. *De la névroglie.* (Compte rendu de l'Académie des sciences, séance du 5 juin 1882).

W. Vignal. *Développement des éléments de la moelle épinière chez les mammifères.* (Arch. de physiologie, 1884, p. 407—408).

deux éléments : résistance anormale primitive du col, affaiblissement secondaire des contractions, sans rien changer à leur rôle respectif et à leur succession clinique. C'est d'ailleurs une sorte de règle en obstétrique que l'inertie apparaisse au bout d'un certain temps dans les diverses variétés de dystocie mécanique.

L'observation qui va suivre m'a fourni l'occasion, à laquelle j'étais loin de m'attendre, de constater et de suivre l'évolution d'un chancre utérin dans la dernière période de la gestation. Elle m'a permis de juger avec une netteté parfaite des modifications du tissu cervical, et de confirmer par l'observation les légitimes inductions exposées plus haut. — On y remarquera en outre que des efforts énergiques, soutenus, chez une femme jeune et nerveuse ont pu triompher d'un obstacle qui, nous l'avons vu dans le fait précédent, et nous le verrons plus loin chez des femmes jeunes aussi et dans d'excellentes conditions apparentes, est resté insurmontable. Ce n'est pas la seule raison de la terminaison heureuse, car je me hâterai d'ajouter que, quant à cette malade, on n'est pas resté simple spectateur inactif et que le traitement antisyphilitique a été institué de bonne heure. C'est sans doute à ces deux conditions: contractions exceptionnellement actives et traitement prophylactique, que l'on doit d'avoir évité des difficultés qui eussent en beaucoup de raisons pour se produire en l'absence d'une médication appropriée et énergique. La sclérose cervicale était très atténuée au moment du travail.

Secondipare de 24 ans. — Syphilis datant de deux mois environ. — Chancre de la lèvre antérieure du col; sclérose de tout le tissu cervical. — Syphilides papuleuse érosives de la peau et des muqueuses génitale et bucco-pharyngienne. — Traitement spécifique. — Accouchement à terme terminé spontanément. (Les notes détaillées de cette observation ont été recueillies par M. Boisleux, externe du service.)

Lacan, 24 ans, domestique, douée actuellement d'une bonne constitution apparente, petite, mais bien musclée, entre à la clinique d'accouchement le 5 novembre 1884.

Antécédents. — Elle a été maladive dans son enfance. Scrofule. Un ganglion abcédé au cou. N'a marché qu'à deux ans. Vers l'âge de quatorze ans, écoulement purulent de l'oreille droite. Plus tard, cataracte traumatique de l'œil droit; elle y voit très peu de ce côté. Réglée à quatorze ans facilement; dans la suite menstruation régulière durant de trois à quatre jours chaque mois. A vingt ans, première grossesse à évolution normale. Accouchement à terme après un travail de treize heures. Délivrance naturelle. L'enfant, nourri par sa mère, meurt au bout de quinze jours.

Grossesse actuelle. — Dernière apparition des règles du 27 au 30 février 1884. Il y a eu des rapports sexuels pendant toute la grosssesse, sauf depuis cinq semaines environ. Pas de phénomènes morbides notables. La malade paraît ne s'être aperçue que très récemment des accidents qu'elle présente aujourd'hui. Elle a ressenti quelques douleurs les jours suivants; c'est ce qui l'a décidée à entrer à l'hôpital.

Examen physique. — A l'examen extérieur, on constate une roséole très nette sur le thorax, les membres supérieurs, le tronc et les membres inférieurs. Sur la face interne des avant-bras, macules couleur jambon fumé ; adénite cervicale double. Ecoulement leucorrhéique fétide. Les grandes et les petites lèvres, de même que la peau de la région ano-vulvaire, sont recouvertes de syphilides érosives dont quelques-unes sont saillantes et ont l'aspect de condylomes plats. Tubercules ulcérés sur la face interne des grandes lèvres et à l'entrée de la vulve. Pléiade ganglionnaire inguinale double prédominante à gauche. Aucune trace d'une lésion cicatricielle pouvant se rapporter au chancre. Syphilis ulcéreuses des amygdales et de l'arrière-gorge. Alopécie discrète.

Le *toucher* révèle un gonflement œdémateux du conduit vaginal et un état lisse de la muqueuse. Le col est volumineux, entr'ouvert, bien que persistant dans une longueur de trois centimètres environ. Sa forme est celle d'un infundibulum à sommet inférieur ; son tissu est rigide et dur. La lèvre antérieure est plus dure encore, volumineuse et tuméfiée. Deux doigts introduits dans le vagin permettent d'apprécier les proportions de ce noyau hypertrophique ; il a les dimensions d'une noisette. L'induration s'arrête à la base du col. A travers l'orifice, on arrive sur les membranes et sur la tête fœtale, qui est à peine engagée.

L'examen au spéculum, qui est très douloureux, fait constater un écoulement épais muco-purulent qui provient de l'intérieur de la cavité cervicale. Le museau de tanche est exulcéré; sur la lèvre antérieure principalement l'ulcération est profonde, entourée d'un rebord fongueux dont la teinte est rouge livide. Le diamètre maximum de l'ulcération est d'un centimètre environ. Il n'y a pas de doute qu'on n'ait affaire à un chancre. Le bassin est normal.

Le palper et l'auscultation conduisent au diagnostic d'une présentation du sommet fléchi en O. I. G. A.

Il semble qu'il y ait du liquide amniotique en excès.

Les signes précédents, notamment les caractères anormaux du col, ont été constatés à plusieurs reprises. Un traitement a d'ailleurs été institué. Badigeonnages du col avec la teinture d'iode ; cautérisation du fond de la gorge; ablutions des organes génitaux extérieurs avec une solution de liqueur de Labarraque; irrigations prudentes de la cavité vaginale avec la solution de sublimé au 1/1000°. Traitement interne : une cuillerée à bouche d'abord, puis deux, de liqueur de van Swieten dans un verre de lait, chaque jour.

La médication est prescrite à partir du 9 novembre et n'est pas interrompue jusqu'à l'accouchement. On a fait quelques badigeonnages iodés sur les parties génitales externes.

Au bout de peu de jours, il ne reste plus rien dans ces régions; la roséole est presque effacée et on n'aperçoit plus que deux plaques grisâtres dans l'arrière-gorge : une sur l'amygdale gauche, une sur le pilier antérieur du même côté. L'adénite cervicale gauche s'accentue.

Du 15 au 18 novembre, tout a disparu. Un nouvel examen révèle à ce moment une notable diminution du volume de la tumeur ulcérée du col. Le tissu est plus souple, mais point suffisamment pour que les parois cervicales viennent au contact; il existe toujours un trajet libre, ouvert et perméable, de l'orifice externe à l'orifice interne.

Le 15 novembre la malade est prise des premières douleurs à deux heures du matin. La dilatation marche assez vite au début, l'effacement a passé inaperçu. A son arrivée à la salle d'accouchements, vers huit heures, j'examine la parturiente. Sur ma recommandation on a suivi très exactement la marche de la première période du travail. A sept heures et demie, la dilatation de l'orifice était notée comme étant égale à une pièce de deux francs. Depuis le début, le tissu cervical est resté très épais et dur. Rien n'est changé dans l'état de la femme ; même *dureté* et même *épaisseur* des rebords de l'orifice. La femme souffre toutes les deux ou trois minutes sans discontinuer, depuis le matin. Il est même surprenant que le travail n'aille pas beaucoup plus vite, et il faut bien reconnaître que, malgré le traitement institué pendant trois semaines, il persiste encore aujourd'hui au col utérin un processus pathologique dont la résistance paralyse à un certain degré et ralentit tout au moins les efforts répétés et intenses de la matrice. A neuf heures, l'orifice est de la dimension d'une pièce de cinq francs ; les bords en sont toujours très épais et durs, mais à la vérité on ne saurait voir dans ces caractères les signes bien nets de la rigidité classique, car les progrès de la dilatation ont une marche régulière. La poche des eaux est sphérique, volumineuse et bombe fortement. Ce qui frappe surtout, c'est l'activité persistante du

travail. Les contractions sont longues, énergiques, soutenues et très fréquentes. A neuf heures les membranes se rompent spontanément; à 10 h. 35 la tête franchit l'orifice complètement dilaté; il s'écoule un peu de sang. Cinq minutes plus tard, le fœtus est expulsé. Il est bien conformé et de poids normal.

L'enfant à sa naissance pesait 3.070 gr. — quatre jours plus tard (29 novembre), 2.910 gr. — le 3 décembre 3 070 gr. — le 6 décembre, 3.170 gr. Le placente paraît normal à l'œil nu; il pèse 440 gr.

Au bout de huit jours, l'enfant qui ne portait aucune lésion visible, sauf une coloration violacée ecchymotique des talons, sans soulèvement de l'épiderme, présente dans cette région, et de chaque côté, une papule qui s'ulcère rapidement.

Les suites de couches ont été très régulières. On a constaté deux déchirures au col, une à gauche sur la commissure et une en avant de la commissure droite, sur la lèvre antérieure. L'examen au spéculum, pratiqué à la sortie de la malade, révèle la disparition de toute lésion appréciable.

Qu'il y ait eu ici *dystocie* réelle dans toute l'acception du mot, personne ne songe à l'affirmer. Toutefois, sans forcer en rien la valeur des faits, on peut établir le parallèle entre le premier accouchement de cette femme et le second. Or, celui-là dure treize heures; celui-ci en a duré un peu plus de huit. Avec les efforts contractiles dont j'ai été témoin et qui n'ont pas désemparé un instant, cette femme eût dû accoucher en moitié moins de temps. Les caractères matériels de la rigidité ont été constatés à souhait, mais non pas ses conséquences habituelles. Il est permis de croire que si l'on n'eût pas institué de traitement et si, par-dessus tout, les actes physiologiques de l'accouchement en tant que contractions ne se fussent produits avec une vigueur exceptionnelle, la tendance des tissus aurait fini par épuiser les efforts de l'utérus. Au surplus, je n'insisterai pas, car ce qui m'importait était justement de montrer l'évolution évidente des lésions prises sur le fait et l'influence de la thérapeutique prophylactique.

(A suivre.)

REVUE D'OPHTALMOLOGIE

Des troubles oculaires dans l'ataxie locomotrice. Les cancers de l'œil. — La cocaïne

M. Galezowski vient de faire paraître sous ce titre un petit opuscule où se trouvent réunies les leçons faites par lui à l'École pratique et déjà publiées d'ailleurs dans le Recueil d'ophtalmologie (mai, juin et juillet 1884). Le sujet n'est certes pas nouveau; on pourrait même dire que, depuis les cliniques de M. Charcot, il est complètement du domaine classique. Cependant l'auteur, outre quelques particularités nouvelles qu'il a le premier signalées, outre le traitement qu'il préconise, a eu le mérite de condenser en quelques pages et d'exposer clairement et méthodiquement les troubles oculaires si variés que l'on rencontre dans le tabes.

Ces troubles peuvent porter sur le nerf optique, sur les muscles moteurs ou sur la cinquième paire.

Les altérations du nerf optique sont surtout intéressantes à étudier au début, où l'on pourrait facilement les confondre avec les amblyopies toxiques.

Dans l'ataxie, l'acuité visuelle est presque toujours inégale dans les deux yeux; rapidement, les malades ne voient plus le vert et le rouge; d'autre part, la lecture de près est longtemps possible, pendant que l'acuité visuelle de loin est déjà très diminuée. Enfin, comme l'a démontré M. le docteur Darier, il faut, pour provoquer des phosphènes au début de l'atrophie, une quantité d'électricité bien plus considérable que dans les cas d'amblyopie toxique.

Du côté des branches de la cinquième paire qui avoisinent l'œil, on observe tantôt de l'anesthésie, tantôt de l'hyperesthésie.

Les plaques anesthésiques sont rarement accusées spontanément par le malade; il faut les rechercher avec soin; parfois pourtant certains individus se plaignent d'une certaine lourdeur du côté de la région périorbitaire et du côté de la joue; ils n'ont plus le sentiment de la contraction des muscles de cette région, de sorte qu'ils portent fréquemment la main comme pour aider à cette contraction qui se fait pourtant normalement.

L'hyperesthésie se manifeste tantôt par des névralgies, tantôt par des douleurs lancinantes assez analogues et très comparables aux douleurs fulgurantes des membres inférieurs; dans certains cas, ces douleurs, apparaissant chez des individus porteurs d'une excavation physiologique de la papille, ont pu faire croire à une attaque glaucomateuse.

Le chapitre concernant les paralysies musculaires est surtout remarquable; on pourrait difficilement exposer avec plus de netteté et plus de concision la théorie de la vision binoculaire et l'explication de la diplopie croisée et homonyme supérieure et inférieure; ces quelques pages méritent de rester classiques.

Ces diverses affections ont jusqu'ici résisté à tous les traitements; cependant M. Galezowski, se rangeant à l'avis de M. Fournier, et convaincu que dans la plupart des cas l'ataxie est d'origine syphilitique, pense que l'on pourrait, en faisant tout à fait au début un traitement antisyphilitique énergique, enrayer la marche jusqu'ici toujours fatale de l'atrophie du nerf optique. Il préconise pour cela les injections hypodermiques de cyanure de mercure, 5 à 6 gouttes d'une solution à 0,10 centigr. pour 20 gr. d'eau distillée Ce traitement nous paraît d'autant plus rationnel que nous avons déjà vu les injections hypodermiques de bichlorure de mercure donner de très beaux succès dans les autres affections spécifiques du fond de l'œil.

A une période plus avancée, dès que l'organisme est saturé de mercure, M. Galezowski emploie, en injections hypodermiques également, le cyanure d'or et de potassium. Les succès de cette médication ne sont pas encore bien nombreux; dans quelques cas pourtant, il y a eu une amélioration bien nette; dans d'autres plus nombreux, il faut l'avouer, l'effet a été complètement nul. Pourquoi ces différences? M. Galezowski les explique avec peut-être un peu de subtilité. Adepte des doctrines de Burq, il pense que le cyanure d'or et de potassium agit par l'or et le potassium qu'il contient; certains ataxiques seraient sensibles à ces deux métaux; il faudrait essayer la série pour parvenir à généraliser la médication.

—Signalons parmi les ouvrages importants parus dans ces temps derniers une *Etude sur les cancers de l'œil* de M. le docteur Gustave Dron (de Tourcoing). Cet ouvrage contient trois choses : une belle observation de sarcome de la choroïde communiquée à l'auteur par M. Alp. Desmarres, une étude complète sur les cancers du globe oculaire, enfin des idées générales sur la nature des différentes variétés de cancer et sur leur étiologie.

L'observation rapportée par l'auteur est un cas type de

sarcome choroïdien, diagnostiqué dès le début de l'affection et heureusement opéré, sans récidive depuis quatre ou cinq ans.

C'est à l'occasion de cette observation que M. Dron a été amené à reprendre l'étude des cancers de l'œil. Il passe successivement en revue les différents sarcomes de la choroïde et le gliome de la rétine ; il expose avec beaucoup de netteté leur point de départ, leur développement, leur symptomatologie et la façon de les distinguer des affections avec lesquelles on pourrait les confondre. Il insiste particulièrement sur le traitement qui devra être radical et qu'il faudra appliquer le plus tôt possible : ce traitement consistera dans l'extirpation de l'œil et même des parties annexes quand on constatera ou soupçonnera leur envahissement.

Dans la dernière partie de son ouvrage, M. Dron cherche à montrer que la distinction qu'on a voulu établir entre les différentes formes de cancer, sarcome, gliome, sarcome fasciculé, etc., ne constitue pas des différences essentielles, puisqu'il peut y avoir des combinaisons de ces diverses variétés et qu'on peut facilement expliquer la transition de l'une à l'autre ; aussi serait-il d'avis de n'attacher dans la pratique qu'une importance médiocre aux divisions des histologistes.

— Un nouvel agent anesthésique vient de faire son apparition qui semble destiné à amener une révolution complète dans la chirurgie oculaire ; l'opération sans douleur et sans chloroforme, rêve si longtemps caressé par beaucoup, va devenir une réalité : par le chlorhydrate de cocaïne, la douleur est supprimée. On enlève les corps étrangers de la cornée, on fait l'opération du strabisme, l'iridectomie, la cataracte, et le patient n'éprouve autre chose que de l'étonnement ; ce n'est pas sans une certaine surprise, paraît-il que l'on voit les instruments vous pincer la conjonctive, vous sectionner la cornée, sans autre douleur qu'une sensation de contact. Cela tient du merveilleux Cependant il y a encore un petit nuage qui, nous l'espérons, se dissipera ; c'est le prix élevé du nouvel anesthésique, presque dix fois son poids d'or. Il en faut bien peu, il est vrai ; deux ou trois gouttes d'une solution au vingtième suffisent pour anesthésier la cornée pendant cinq minutes ; deux ou trois iostillations de ce genre à quelques minutes d'intervalle permettent d'opérer une cataracte. Pour l'énucléation, il est préférable encore d'avoir recours à l'anesthésie générale; les essais que l'on a faits avec le chlorhydrate de cocaïne ne sont pas encourageants ; malgré cela, il faut reconnaître que c'est là une des plus belles découvertes que l'on ait faites depuis longtemps.

TOUPET.

BIBLIOGRAPHIE

TRAITÉ DES FIÈVRES PALUSTRES, avec la description des microbes du paludisme, par A. LAVERAN, médecin-major de première classe, professeur au Val-de-Grâce. — Un volume in-8, 548 pages, avec figures dans le texte. Paris, Octave Doin, 1884.

Il n'y aurait pas de raison sérieuse de refaire l'histoire des fièvres palustres, après les traités de Maillot, de Léon Colin et les travaux de nos médecins de marine, si l'on n'appliquait à cette étude les procédés que l'époque contemporaine a introduits dans le domaine de l'étiologie et de la pathogénie. M. Laveran a poursuivi, dans le champ du microscope, le parasite du paludisme et pense l'avoir découvert ; c'est ce qui l'autorise à publier un traité des fièvres palustres, d'une physionomie tout à fait moderne, dans lequel la nature, les caractères, l'origine du parasite spécial tiennent la plus grande place et où la pathologie est rapportée à ce fait capital et nouveau : la présence d'un microbe pathogène dans le sang des malades. Son travail est nécessairement original, par suite. Nous pouvons ajouter que, l'existence du parasite étant posée, il est également complet.

On connaît déjà ce parasite. M. Laveran et son élève M. Richard ont fait à son sujet un certain nombre de communications aux Sociétés savantes et à la presse depuis trois ou quatre ans. Tout d'abord ce n'est pas une bactérie, un schizomycète, comme ceux qu'on découvre tous les jours à Paris ou à Berlin; c'est un animalcule. A l'état adulte, il se présente sous forme de filaments flexueux, longs de 21 à 28 millièmes de millimètre, renflés à une extrémité, effilés à l'autre, et surtout doués d'une mobilité surprenante ; M. Richard leur prête même des mouvements intentionnels. Ces filaments procèdent de corpuscules plus ou moins régulièrement sphériques, atteignant parfois au diamètre des hématies, mais généralement beaucoup plus petits et d'ailleurs susceptibles d'accroissement. Ces corpuscules sont une phase intermédiaire de l'existence de l'animal, l'état kystique. Chacun des kystes peut donner naissance à plusieurs filaments.

Ces organismes se voient dans le sang des impaludés et ne se trouvent que là. On y rencontre encore d'autres formes qui ne sont que des cadavres ou des modifications accidentelles des premières. Ce sont celles-là que M. Laveran a découvertes d'abord.

Les corps kystiques, sinon les filaments, se nourrissent des hématies, dont les débris deviennent des grains pigmentés, incorporés aux kystes. Puis les parasites évolnent ou meurent, les kystes se dissolvent et laissent flotter dans le liquide sanguin la poussière pigmentaire. Les leucocytes, suivant la propriété qu'on leur connaît, s'emparent de celle-ci et la transportent sur divers points : c'est la *mélanémie* palustre, à laquelle l'auteur, non sans raison, attache la plus grande importance. « La lésion constante et absolument caractéristique du paludisme consiste dans la présence d'éléments pigmentés dans le sang. »

On conçoit ce que peuvent déterminer des parasites qui vivent dans le sang, dévorent les hématies et circulent dans tous les organes. M. Laveran leur attribue : 1o l'anémie ; 2o l'irritation des différents organes, notamment des centres nerveux ; 3o les obstructions vasculaires ; 4o l'inflammation des viscères, spécialement de ceux qui, comme le foie et la rate, sont les principaux réceptacles des microbes. M. Richard, qui est naturellement un peu plus royaliste que le roi, ne fait aucune difficulté d'expliquer l'intermittence palustre par les phases mêmes de la vie et de la mort des parasites. M. Laveran est plus prudent et, après avoir constaté que les manifestations de l'impaludisme ne sont pas aussi rigoureusement intermittentes que les livres le feraient croire, il se borne à mettre l'intermittence en rapport avec l'alternance qui existe entre l'irritation nerveuse et l'épuisement de l'irritabilité de la moelle épinière.

Les organismes parasitaires dont il est question ne résistent pas à l'action du sulfate de quinine ; il ne faut pas les

chercher dans le sang des malades qui ont déjà absorbé une dose du sel fébrifuge. D'ailleurs les filaments mobiles, extrêmement transparents, ni même les corps kystiques, ne sont d'un examen commode. La plupart des réactifs qui sembleraient devoir les rendre plus visibles les font disparaître, parce qu'ils altèrent le sang, qui est le véritable milieu de ces êtres. Pour des raisons analogues, on n'arrive pas à en faire des préparations qui se conservent et soient transportables ; enfin ils ne paraissent pas se prêter à des cultures ailleurs que dans le sang ; encore faudrait-il que le sang n'eût pas cessé d'être vivant on à peu près.

Les inoculations tentées sur des animaux n'ont abouti à rien. On pouvait s'y attendre, puisque l'homme seul a le fâcheux privilège d'être apte à l'impaludation.

D'où viennent, originairement, lee microbes du paludisme ? M. Laveran a trouvé dans l'ean de la rivière qui entoure une partie de Constantine, entre antres organismes, des filaments mobiles « ayant la plus grande analogie » avec cenx du sang des impaludés, mais point de corps kystiques. Sans beaucoup discuter ce point d'étiologie, il incline fortement pour la propagation des fièvres palustres par l'eau de boisson et, par conséquent, par la voie gastrique. Il y aurait, selon lui, de nombreux points de contact entre la façon dont les microbes palustres pénètrent dans l'économie et la manière dont s'acquiert la *filariose*.

Tels sont les principaux traits de l'histoire du nouveau parasite, que l'auteur appelle aussi *microbe*, quoiqu'il se distingue très notablement des organismes variés et aujourd'hui nombreux pour lesquels ce mot a été fait. Personne n'ignore qu'il a été décrit par Klebs, Tommasi-Crudeli et Ceci, un autre parasite du paludisme, le « *Bacillus malariæ* », très différent de celui dont il est question dans le livre de M. Laveran. Lequel des deux est le vrai ? y en a-t-il même un des deux qui soit le vrai ? Nos moyens ne nous permettent pas de donner au lecteur la moindre indication à cet égard, et il ne nous en coûte pas d'avouer que nous sommes bien mieux en situation d'admirer les chercheurs de microbes que de prononcer des jugements entre eux. Quel que soit le sort réservé au microbe de M. Laveran, et sans nous préoccuper des contestations qu'il a rencontrées, il nous semble qu'il n'y a pas autre chose à faire ici qu'à rendre hommage aux efforts consciencieux et intelligents d'un homme qui, en face d'un des plus graves problèmes de l'étiologie, l'a abordé vaillamment selon les procédés modernes et a tout aussitôt soumis sa découverte à l'épreuve de l'application à la physiologie pathologique. Pour bien dire, cette dernière partie du travail de M. Laveran est si bien faite et si séduisante, que ce serait le plus grand dommage qu'elle ne fût qu'un roman.

L'auteur se permet sans doute quelques hypothèses et quelques inductions que les faits ne légitiment pas absolument. Il pense que le point capital est l'existence du parasite et qu'il reste à des travaux ultérieurs à vérifier ce qui n'est aujourd'hui qu'hypothèse raisonnable. De même l'histoire naturelle de ce parasite, qu'il rapproche de la filaire du sang, demanderait à être complétée et l'on voudrait savoir quelque chose de l'état dans lequel l'animalcule se trouve hors du corps de l'homme. Nous sommes assez bien renseignés sur les mœurs et les phases de l'évolution de la filaire sous ce rapport. La dénonciation de l'eau stagnante, comme le milieu extérieur du parasite, est peut-être un peu rapide ; indépendamment de notre antipathie pour la doctrine de la véhiculation aqueuse des microbes pathogènes, nous regrettons que l'air et surtout le sol n'aient pas été plus complètement explorés. Mais, encore une fois, ce sont là des recherches à reprendre et à étendre.

En dehors de ce qui concerne le microbe, le livre que nous analysons est riche de critique, d'érudition et de renseignements empruntés à l'observation naturelle. L'auteur y est habituellement judicieux et toujours très indépendant. Çà et là, nous avons rencontré des remarques ou des appréciations qui nous portaient à nous demander si la pathologie africaine n'avait pas quelque peu changé depuis l'époque, éloignée de quinze à dix-huit ans, à laquelle nous observions nous-même, à Constantine précisément. Réflexion faite, il est probable que ce sont les dispositions des observateurs qui changent et non la nature.

Quant à la forme, le traité de M. Laveran est écrit dans un style sobre, nerveux et d'une limpidité parfaite ; la physionomie de l'œuvre est scientifique, comme le fond. D'ailleurs elle respire à chaque page la conviction, j'allais dire la foi, la plus ardente et la plus profonde. Ce qui ne laisse pas que d'être sensiblement communicatif.

Aujourd'hui que tous les médecins sont obligés de s'initier à la connaissance du micro-parisitisme, la lecture de ce livre s'impose dans toutes les sphères de notre science. Il marque certainement une époque importante dans l'histoire doctrinale des maladies palustres. Nous lui souhaitons de fixer le début d'une ère nouvelle.

JULES ARNOULD.

REVUE DES THÈSES

ESSAI SUR LA DILATATION ADYNAMIQUE DE L'ESTOMAC (FORME DOULOUREUSE); thèse, par ENRIQUE DE ARGAËZ.

L'auteur est un élève du professeur Germain Sée, et dans sa thèse il s'est inspiré des idées du maître. La dilatation adynamique de l'estomac est la manifestation locale d'un état général, neurasthénie ou plutôt atonie spasmodique. La quantité et la qualité des aliments n'interviennent que comme cause secondaire. Chez un individu présentant un état de nervosisme ou bien chez un individu affaibli, une alimentation défectueuse distend l'estomac dont les parois ont un relâchement atonique ; après des alternatives de distension et de contraction, la dilatation devient définitive.

Cette affection entraîne toujours avec elle quelques souffrances ; mais il est des cas où les phénomènes douloureux sont tellement prononcés que l'auteur veut en faire une forme spéciale et il l'étudie sous le nom de forme douloureuse. Ces douleurs sont spontanées, se produisent après les repas, surtout sous l'influence de certains liquides, du vin en particulier. Elles ne retentissent jamais dans le dos, et c'est un bon signe de diagnostic différentiel avec l'ulcère rond qui s'accompagne fréquemment de dilatation stomacale. Qu'elles soient provoquées aussi bien que spontanées, elles ont leur maximum à droite, au-dessous de l'appendice xyphoïde, contre le rebord des fausses côtes. Sont-elles dues à l'irritation du plexus solaire (Leven), à une traction exercée sur le pylore (Mathieu) ? M. Argaëz émet l'hypothèse qu'elles pourraient bien être l'expression d'un état de contracture plus ou moins accusée du sphincter pylorique. En même temps on observe des flatulences, des vomissements, qui ne contiennent jamais de sang, et enfin la constipation, constipation se produisant très probablement sous l'influence de la même atonie et précédant souvent l'affection stomacale ; elle aboutit fréquemment à des débâcles de diarrhée ou d'entérite membraneuse.

Le point particulier que nous avons relevé dans l'étude des signes physiques est la manière de délimiter la sonorité du colon et celle de l'estomac par la percussion successive de l'abdomen suivant chacune des lignes mamelonnaires, en marchant de la région sous-ombilicale à la rencontre des fausses côtes.

Le traitement est général et local. Contre la douleur dont il s'occupe spécialement, l'auteur proscrit le vin, les liqueurs alcooliques, la bière, etc. Il conseille de multiplier le nombre des repas et de diminuer la quantité des aliments, enfin il recommande l'usage de l'eau chloroformée.

Dans cette thèse, on trouvera, en outre, un historique très complet et très remarquable de la dilatation de l'estomac.

Paul Dalché.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Traité pratique des maladies des organes sexuels, par le docteur Langlebert, ancien interne des hôpitaux.

Le livre de M. Langlebert est surtout destiné aux praticiens; en simplifiant bon nombre de moyens ou de procédés thérapeutiques, il est propre à leur rendre de réels services. Quelques exemples permettront de juger de l'esprit dans lequel il est conçu.

On se rappelle sans doute tout l'arsenal thérapeutique employé encore par un grand nombre de médecins pour le traitement de l'épididymite blennorrhagique : cataplasmes laudanisés, bandelettes de Vigo, onguent napolitain, glace, sangsues, purgatifs répétés, etc., etc. Pour remplacer tous ces moyens, tous ces topiques, d'un emploi pénible pour le malade et le plus souvent inutile, sinon dangereux, comme les applications de sangsues, l'auteur prescrit simplement au malade de porter un suspensoir ouaté recouvert d'une enveloppe de taffetas ciré imperméable. « Le port « de ce suspensoir, dit-il, calme très rapidement les douleurs, au « point que la plupart des malades traités à notre dispensaire pour « une épididymite ne prennent pas le lit et peuvent même, si leur « profession n'est pas trop pénible, continuer leurs travaux. Nous « ajouterons encore, comme preuve convaincante de ses bons ef- « fets, l'expérimentation déjà longue de cette méthode, créée par « le docteur Ed. Langlebert, les très nombreuses guérisons obte- « nues par elle, son emploi journalier dans les hôpitaux de Lyon « et enfin son admission, aujourd'hui bien établie, dans la prati- « que médicale. » Nous venons de lire récemment une thèse du docteur Boudaud, où nous avons appris que le pansement qui précède était employé journellement avec succès par M. le docteur Horteloup, chirurgien de l'hopital du Midi.

M. Langlebert a apporté, d'autre part, à la bougie conductrice de Maisonneuve une heureuse modification. Quand on se sert en effet de la bongie de Maisonneuve pour guider des instruments dans le canal de l'urèthre, on court toujours le risque que le pas de vis ne dérape et que la bougie ne reste dans la vessie. De plus, la manœuvre opératoire pour visser ou dévisser les cathéters est assez délicate et communique à l'extrémité vésicale de la bougie un mouvement de torsion plus ou moins désagréable pour le malade. Avec la bougie de Maisonneuve modifiée, facilement applicable, comme M. Langlebert l'a fait, aux cathéters coniques de Lefort ou aux bougies d'étain de Béniqué, tous ces inconvénients sont supprimés et la manœuvre opératoire elle-même devient plus prompte et plus aisée.

A propos des différents cas de rétention d'urine, nous trouvons des considérations extrêmement prudentes et sages et en particulier ces deux préceptes : 1° de ne jamais se servir que d'*instruments mous* quand on est appelé auprès d'un malade atteint de rétention d'urine et dont on n'a pas antérieurement exploré l'urèthre; car que de victimes a faites la sonde métallique de trousse, instrument détestable, que devrait à jamais bannir la Société de chirurgie; 2o de préférer la ponction vésicale à des tentatives trop longtemps répétées de cathétérisme.

A l'instillateur de M. le professeur Guyon, M. Langlebert a substitué un petit instrument extrêmement simple, connu sous le nom de *porte-topique urèthral*. Il permet de localiser d'une façon précise l'action du nitrate d'argent dans l'urèthre et a déjà rendu à son inventeur de nombreux services dans le traitement de la blennorrhagie chronique et des pertes séminales.

En résumé, le livre de M. Langlebert renferme, en même temps qu'une description nette et détaillée des affections sexuelles chez l'homme et chez la femme, un enseignement thérapeutique qui, par sa simplicité et son application toujours facile, même aux cas compliqués et urgents de la pratique, nous a paru digne d'être signalé.

F.

NOTES & INFORMATIONS

L'age de la retraite des professeurs de l'enseignement supérieur. — Dans la discussion générale du budget de l'instruction publique, M. Bourneville a demandé : 1° que tous les professeurs de l'enseignement supérieur soient mis à la retraite à l'âge de 70 ans; 2° que tous les professeurs qui auront atteint l'âge de 70 ans à la date du 31 décembre 1884 soient mis à la retraite dans le courant de l'année 1885. Le ministre a revendiqué pour lui et pour la section permanente du Conseil supérieur le droit qui leur est conféré par le décret de 1882 de provoquer la mise à la retraite du professeur dont l'enseignement ne serait plus à la hauteur des progrès de la science. La Chambre a passé à l'ordre du jour.

La question soulevée par M. Bourneville offre un grand intérêt et sera sans doute reprise un jour ou l'autre. Nous ne faisons que la signaler aujourd'hui à ceux qui se préoccupent de maintenir à un niveau élevé l'enseignement supérieur en France.

— Congrès international d'hydrologie et de climatologie. — Ce Congrès, dont *Biarritz-Association* a pris l'initiative, se tiendra à Biarritz le 1er octobre prochain. Dès que le programme définitif nous sera parvenu, nous nous empresserons de le faire connaître à nos lecteurs.

— Enquete sur le choléra. — Dans sa séance du 2 septembre dernier, l'Académie de médecine a nommé une commission chargée de rédiger un questionnaire ayant pour but de préciser les caractères et la marche de l'épidémie de choléra qui a régné récemment en Faance. La commission s'est mise à l'œuvre, et chaque médecin a reçu, par l'entremise du ministère du commerce et de la Préfecture de police, le questionnaire très étendu, très complet, qu'elle a rédigé. Nous engageons tous nos confrères à répondre à l'appel qui leur est fait et à concourir ainsi à des documents qui pourront un jour devenir précieux pour éclairer l'origine, le mode de transmission, par suite la prophylaxie et le traitement du fléau indien.

— Enquete sur la transmission de la tuberculose. — Une autre enquête se poursuit actuellement, à l'instar de ce qui s'est déjà fait dans des pays voisins, et par l'initiative de la Société médicale des hôpitaux, sur la transmission de la tuberculose. L'instruction suivante est adressée aux praticiens, avec prière d'envoyer avant le 1er avril prochain, au rapporteur de la commission, M. le docteur Vallin, Société médicale des hôpitaux, 3, rue de l'Abbaye, l'exposé sommaire des faits qui leur auront paru concluants dans le cours de leur pratique.

Instruction.

Age, sexe, profession, conditions hygiéniques générales et santé antérieure.

Antécédents héréditaires. — Les spécifier aussi bien dans les cas négatifs que dans les cas positifs.

Indiquer le degré de parenté avec les ascendants ou les collatéraux suspects.

Distinguer les cas où le malade partageait le lit, la chambre, l'appartement du parent (père, mère, frère, sœur, etc.) tuberculeux, de telle sorte que la vie en commun aurait pu par elle seule favoriser la transmission directe.

Conjoints — Dans les cas de transmission entre époux, insister sur les antécédents héréditaires et la santé antérieure de part et d'antre.

Le survivant devenu malade à son tour a-t-il partagé le lit, la chambre du conjoint phthisique à une époque avancée de la maladie ? dans ce cas, le sol de la chambre, la literie, l'alcôve étaient-ils souillés par les produits de l'expectoration ?

Quelle part faut-il faire aux fatigues, aux émotions, à la vie confinée, à la prédisposition, dans le développement de la tuberculose chez l'époux survivant ?

Indiquer les dates du début de la vie en commun, du décès, du début de la tuberculose transmise.

Etrangers. — Dans le cas de transmission à des personnes qui n'étaient ni parents ni conjoints, énumérer les conditions de la vie en commun, dans une habitation particulière, un hôpital, un atelier, une école, une caserne, une prison.

Ces personnes partageaient-elles la même chambre, le même lit ? les crachats étaient-ils projetés sur le sol ? à quelles dates les accidents se sont-ils produits chez les deux malades, et après combien de temps de contact ?

Connaissez-vous des cas de transmission par l'usage de vêtements, de literie, ayant servi à un phthisique ?

Connaissez-vous des cas où une personne, en dehors de toute parenté, aurait contracté la tuberculose après avoir remplacé un phthisique dans une chambre d'hôtel, un appartement garni non désinfecté ?

Quelle vous a paru être la fréquence relative des cas de transmission ?

Les malades atteints de phthisie laryngée, buccale, linguale ou pharyngée, semblent-ils transmettre plus facilement la tuberculose autour d'eux ?

La tuberculase transmise a-t-elle une marche plus rapide que d'ordinaire ?

Connaissez-vous des cas où un enfant, né de parents non suspects, aurait contracté la tuberculose (abdominale ou autre), après avoir été allaité par une nourrice phthisique ? Quels étaient en ce cas le régime alimentaire, l'hygiène générale de l'enfant, les autres causes auxquelles on pourrait attribuer la tuberculose ?

Connaissez-vous des cas où un groupe de personnes aurait fait un usage prolongé de viande et de lait provenant de vaches phthisiques, atteintes notoirement de pommelière ? La tuberculose (pulmonaire ou abdominale) a-t-elle été constatée plus tard chez les personnes qui ont consommé ces aliments ? Quelles étaient dans ces cas les conditions héréditaires et hygiéniques des individus atteints ?

— Les syndicats médicaux devant le tribunal de Domfront. — Un fait, d'une grande gravité pour les syndicats médicaux, vient de se passer dans l'Orne : le tribunal de Domfront, ayant à interpréter en ce qui concerne la profession médicale la loi du 21 mars dernier, a décidé que cette profession n'entre pas dans la catégorie de celles qui peuvent se syndiquer. Appel a été fait du jugement. Nous aurons soin de tenir nos lecteurs au courant de l'affaire et, en attendant l'arrêt de la Cour, nous reviendrons prochainement sur l'examen de la question.

— Les ambulances urbaines. — M. Nachtel poursuit avec persévérance l'institution d'ambulances urbaines analogues à celles qui existent à New-York, et dont nous avons déjà entretenu nos lecteurs. Une première réunion du Comité d'organisation a eu lieu mercredi dernier à l'Académie de médecine. sous la présidence de M. Jules Simon. Après un exposé par M. Nachtel de la manière dont fonctionnent à New-York les ambulances urbaines, on a procédé à la nomination d'un Comité d'action de neuf membres composé de MM. Jules Simon, président, Blanche, Magnier, Ed. Dalloz, Arth. Meyer, Nachtel, Alphonse Guérin, Blount, prince de Sagan.

— Comité d'encouragement aux savants. — M. E. Frémy, membre de l'Institut, propose la création d'un comité destiné, en dehors de la Société des Amis des Sciences, qui existe déjà, à venir en aide aux savants sans fortune A côté des professeurs appartenant à l'Université, dit l'honorable académicien, se trouve toute une pléiade de travailleurs, sortis de l'Ecole polytechnique, du Muséum, du Collège de France, etc., qui se livrent à la science pure et qui sont comme les *volontaires de la science.*

C'est pour venir en aide à ces savants que M. Frémy propose la création, par l'initiative individuelle, d'un comité d'encouragement. Ce comité réaliserait par souscription un capital, dont l'intérêt serait consacré à servir des pensions aux savants sur lesquels s'arrêteraient les suffrages du comité. Il y aurait trois classes de savants ; la première classe recevrait une pension annuelle de 6,000 fr, la deuxième classe, une pension de 4,000 fr., la troisième enfin, une pension de 2,000 fr. Afin d'entretenir une émulation constante parmi les pensionnés, la subvention ne serait faite que pour un an ; elle serait, d'ailleurs, indéfiniment renouvelable.

M. Frémy annonce qu'il s'inscrit pour une somme de 5,000 fr. sur la liste de souscription et promet de faire connaître prochainement « les noms, déjà nombreux, de ceux qui veulent bien prendre part à cette souscription. »

R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Couty, qui a succombé à Rio-de-Janeiro, à peine agé de trente ans, à une pleurésie double. M. Couty, qui s'était fait connaître par de nombreuses communications à la Société de biologie, avait été nommé professeur de physiologie à la Faculté de Rio-de-Janeiro, quoique bien jeune encore, et avait déjà conquis, dans cette ville, une grande autorité, autant par ses travaux et son enseignement que par son caractère.

*
* *

Faculté de médecine de Paris. — La Faculté vient de présenter pour la chaire de clinique des maladies des Enfants : en première ligne et à l'unanimité moins une voix, M Grancher ; en deuxième ligne, M. Legroux ; en troisième ligne, M. Joffroy.

M. Grancher est membre de notre Comité de rédaction : nous sommes donc particulièrement heureux du choix de la Faculté. Les relations qui nous unissent au nouveau professeur nous empêchent d'en dire d'avantage.

— La Faculté de médecine de Paris vient de décerner le prix Lacaze de 10,000 fr. à M. le docteur Debove, pour ses *Leçons sur la tuberculose parasitaire.*

— M. Lutz, agrégé, est rappelé à l'exercice, en remplacement de M. Henninger, décédé.

Faculté de médecine de Lille. — M. Wertheimer, agrégé, est maintenu dans les fonctions de chargé du cours de physiologie.

*
* *

Concours. — Le concours de l'internat des hôpitaux de Paris s'est terminé le 22 décembre ; les quarante-huit candidats dont les noms suivent, classés par ordre de mérite, ont été nommés internes titulaires :

MM. Alberran, Guinan, Dutil, Sebileau, Lefèvre, Roulland, Méry, Delbet, Dubarry, Bezançon, Leriche, Jaille, Lesage, Wurtz,

Lyot, Chartier, Leudet, Crivelli, Demars, Plicque, Bouygues, Kiippel, Baudouin, Rieffel, Lavaux, Delaine, Moulonguet, Vaquez, Widal, Récamier, Valat, Roland, Dumoret, Gillet, Huet, Pichevin, Potherat, Bureau, Graverry, Vilcoq, Pozzi, Regnier, Valette, Laffite, Courbarien, Martha, Hillemand, et Bonnet.

Nous remarquons avec plaisir, en tête de cette liste, les noms de deux de nos jeunes collaborateurs, M. Dutil, nommé le troisième et M. Sebileau le quatrième.

Les quarante-six internes provisoires nommés sont :

MM. Mantel, Parmentier, Mullot, Dupré, Franc-Springer, Grandhomme, Cazals, Jacquinot, Nicolle, Rollin, Charier, Giboteau, Conzette, Jonnesco, Hautecœur, Calot, Coffin, Dusseaud, Prioleau, Reboul, Gautier, Thouvenet, Deroche, Pinel-Maisonneuve, Pallier, Drouet, Chevalier, Alexandre, Maurin, Dieudonné, Chavane, Despaigne, Dortel, Luzet, Legneu, Wickham, Michel, Bezançon, Jondeau, Vignalou, Thierry, Témoin, Ardouin, Morel et Iscovescou.

— Le concours de l'externat des hôpitaux de Paris s'est terminé le jeudi, 18 décembre, par les nominations suivantes :

MM. 1. Arnould, Bourdillon, Gampert, Pescher, Homolle, Lancelle, Dubarry, Moulonguet, Pozzi, Valat, Vignalou, Vilcoq, Bernheim, Mauny, Mussy, Vignard, Laumet, Bourges, Chaumont, Pactet, Pallier, Récamier, Rieffel, Delagenière, Roussan, Malherbe, Cator, Mallet, Dussand, Lautier, Tissier, Archambault (Raymond), Bonnet, Bouchut, Chavane, Cohen, Durand, Hillemand, Joudeau, Martha.

41. Marty, Souplet, Vignerot, Beaumé, Lostalot-Bachoué, Gand, Champeil, Adler, Rogues de Fursac, de Senneville, de Fleury, Barrault, Berbez, Belin, Hamon, Vigneron, Cazals, Chopard (Léopold), Despaigne, Jonesco, Nodot, Petrescou, Reboul, Boix, Brésard, Civel, Decressac, Meyville, Lauri, Aubert, Bezençon, Couzette, Leudet, Pigelet, Regnier, Secrétan, d'Aurelles de Paladines, Méloir, Duron, Hallion.

81. Lafosse, Parizot, Thibault, Zaldivar, Mlle Wilbouschwitch, Grandhomme, Sardou, Schrœder (Louis), Ritzo, Sérieux, Simon, Baret, Boniface, Chamorro, de Vernajoul, Arrivot, Fauvel, Neiret, Bussat, Perez, Gibotteau, Michel, Souques, Vilpelle, Archambault (André), de Saint-Germain, Mouret, Peltier, Kaplan, Fréal, Blaise, Dimitropolu, Mlle Iraclidy, Veslin, Ménard, Petit, Longo, Jaille, Lavaux, Lefebvre (Albert).

121. Cantilli, Achalme, Duriez, Caubet, Dubrisay, Etlinger, Blanc, Frey, Racoviceano, Guerard, Le Meignen, Michel, Critzman, Piedpremier, Taurin, Colin, Devillers, Provendier, Pottier, Dupré, Muller (Emile), Sabatier, Sainton, Auclert, Cuertin, Chevalet, Léonardi, Dubard, Magé, Ulatianu, Boutarel, Delaine, Dessaux, Duplaix, Dubost, Thérèse, Laurent-Préfontaine, Robert, Couvy, Dulac.

161. Gilles, Imbert, Legrand, Leymarie, Noël, Seigneur, Pottiez, Zaguelmann, Ristich, Bonvalot, Audain, Bergé, Aubert (Maurice), Dupont, Joubert, Frissard, Maret, Lefebvre (Emile), Thiercelin, Pascal, Rivière, Pouillot, Dortel, Macry, Schoofs, Thomas, Javillard, Billoir, Reynald, Desmoulin, Andoque, Dusser, Schrœder (Marie-Joseph), Grenet, Dumont, Depoix, Barbier, Chevalier, Winocouroff, Puig.

201. Brossard, Willehieu, Bonnecaze, Reimbold, Hugues, Nimier, Vialet, Perchaux, Delobel, Argueyrolles, Lajugée, Teulière, Muller, Morlat, Brée, Chautard, Chopard (Jules), Viancin, Leseur, Rousseau, Enriquez, Cozmovici, Dauriac, Bertrand, Gauthier, Arnaud, Bouloуs, Rodier, Pujals y Torruella, Cezilly, Marot, Rigault, Bergeret, Dupont (Alexandre), Gérard, Lepage, Casabianca, Breitmann, Thomas, Esprit.

241 Hamon, Delerse, Godet, Bertazzi, Aubert (Thomas-Joseph), Hette, Lancelin, Dunac, Arnault, Petrovitch, Gogliosco, Mlle Bieloussoff, Lefauve, Gaston, Amiard, Vaugrente, Delplanque, Vinant, Doucet, Golin, Montillier, De Eichstorff, Bonieux, Rivalier, Vinson, Vothronto, Christoyannakis.

Asile national de Vincennes. — Par arrêté ministériel, M. le docteur A.-M. Bloch vient d'être nommé médecin de l'asile national de Vincennes.

***

Missions scientifiques. — MM. Marie et Henry David de Mayrena sont chargés d'une mission scientifique à Sumatra, et principalement dans le royaume d'Atjeh, à l'effet d'y recueillir des collections scientifiques destinées à l'État.

M. Maurel, médecin de première classe de la marine, est chargé d'une mission en Cochinchine, à l'effet d'y recueillir des collections scientifiques destinées à l'État.

M. le docteur Rouire, médecin aide-major de première classe, attaché à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, est chargé d'une mission scientifique sur les bords du lac Kelbieh.

***

Le prix de médecine navale pour l'année 1884 est décerné à M. le docteur Mourson, médecin de première classe, pour son mémoire sur *la Fièvre typhoïde à bord des navires de l'État, particulièrement dans les pays chauds.*

Des témoignages de satisfaction sont accordés à MM. les docteurs Aude, Aube, Bestion, Kermorgant, Kieffer, Leconte, Raoul, Rit et Rochard, pour leurs mémoires.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Thèses de doctorat soutenues pendant l'année scolaire 1884.

277. M. Périer. Contribution à l'étude du lymphadénome des os au point de vue clinique. — 278. M. Mendiboure. Contribution à l'étude de l'ictère spasmodique. — 279. M. Goyrard. Contribution à l'étude de la chorée des femmes enceintes. — 280. M. Aguet. De la recherche du bacille de la tuberculose dans les produits autres que ceux de l'expectoration. — 281. M. Ramadier. Contribution à l'étude des troubles trophiques dans la paralysie générale. — 282. M. Lucas. Considérations sur la marche et la durée de l'ataxie locomotrice. — 283. M. Bérillon. De l'indépendance fonctionnelle des deux hémisphères cérébraux. — 284. M. Oger. Etude sur les luxations humérales compliquées de fracture à la partie supérieure de l'humérus. — 285. M. Monvessoux. Documents relatifs à la présence des matières grasses dans l'urine (première série) suivis d'une nomenclature raisonnée des travaux parus jusqu'à ce jour sur les entozoaires de la chylurie. — 286. M. Nercam. Action hypnotique sédative de la paraldéhyde dans les différentes formes de l'aliénation mentale. — 287 M. Cazauvieilh. Contribution à l'étude clinique de la phlegmatia alba dolens dans la fièvre typhoïde. — 288. M. Moutier. Contribution à l'histoire de la protection de l'enfance à Rome. — 289. M. Kh'nitiriann. De l'embryotomie au point de vue des souffrances qu'elle cause au fœtus et des moyens de les lui éviter. — 290. M. Bessière. De l'insertion filamenteuse du cordon. — 291. M. Courtade. De la grossesse et de l'accouchement chez les primipares âgées. — 292. M. Caron. Des complications du cancer de l'utérus. — 293. M. Luvillain. Essai critique sur les progrès réalisés par la physiologie expérimentale et la méthode anatomo-clinique des fonctions dans l'étude du cerveau. — 294. M. Ricoux. Traitement chirurgical de la névralgie rebelle et d'origine périphérique du nerf dentaire inférieur. — 295. M. Decassé. De la lithotritie chez l'enfant. — 296. M Leprévost. Des cystites blennorrhagiques. — 297. M. Branthomme. Traitement chirurgical de la pleurésie purulente chez les enfants. — 298. M. Fleurot. Action de la digitale dans les maladies du cœur. — 299. M. Ferrier. Les névralgies réflexes d'origine dentaire. — 300. M. Odile. Des kystes hydatiques de la base du crâne. — 301. M. Grouillard. De la gangrène des extrémités au cours des néphrites chroniques. — 302. M. Vinet. Du cancer de la plèvre. — 303. M. Prieur. Du cathétérisme aseptique dans les hôpitaux d'accouchements. — 304. M. Turquet.

Etude du bassin infantile considéré au point de vue de la forme et du rapport entre les diamètres du détroit supérieur. — 305. M. Bernard. Contribution à l'étude des paralysies puerpérales d'origine éclamptique. — 306. M Grange. Contribution à l'étude du mécanisme de la mort par les courants électriques intenses. —

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 14 au samedi 20 décembre 1884.

Fièvre typhoïde 29. — Variole 2. — Rougeole 41. — Scaratine 3. — Coqueluche 5. — Dipthérie, croup 41. — Choléra 3. — Dysentérie 0. — Erysipèle 6. — Infections puerpérales 4. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 42. — Phthisie pulmonaire 161. — Autres tuberculoses 22. — Autres affections générales 53 — Malformation et débilité des âges extrêmes 54. — Bronchite aiguë 46 — Pneumonie 83. — Athrepsie gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 27, — au sein et mixte 19. — Inconnu 7. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 109. — de l'appareil circulatoire 67. — de l'appareil respiratoire 63. — de l'appareil digestif 57 — de l'appareil génito-urinaire 19. — de la peau et du tissu lamineux 11. — des os, articulations et muscles 12. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 1. — Epuisement 0. — Causes non définies 1. — Morts violentes 24. — Causes non classées 8. — Total de la semaine : 1018 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS

Francis Garnier. — Voyage d'exploration en Indo-Chine, effectué par une commission française présidée par le capitaine de frégate Doudart de Lagrée, relation empruntée au journal Le Tour du Monde, revue et annotée par Léon Garnier, contenant 211 gravures sur bois, d'après les croquis de M. Delaporte et accompagnée de 2 cartes. Paris, librairie Hachette, 1885.

Nouvelle Géographie universelle, la Terre et les Hommes, par Elisée Reclus X. L'Afrique septentrionale, première partie, Bassin du Nil, Soudan égyptien, Ethiopie, Nubie, Egypte, continuant 3 cartes en couleur tirées à part, 111 cartes intercalées dans le texte et 57 vues ou types gravés sur bois. Paris, librairie Hachette, 1884.

Le commandant G.-W. de Long. — Voyage de la Jeannette ; Journal de l'Expédition, édité par les soins de la veuve de l'auteur, Mme Anna de Long, et traduit de l'anglais, avec son autorisation, par Frédéric Bernard. Ouvrage contenant 62 gravures et 10 cartes. Paris, librairie Hachette, 1885.

Nouveaux éléments de botanique pour les candidats au baccalauréat ès sciences et au baccalauréat de l'enseignement secondaire spécial et les élèves en médecine et en pharmacie, contenant l'organographie, l'anatomie, la morphologie, la physiologie, la botanique rurale (phanérogames et cryptogames) et des notions de géographie botanique et de botanique fossile, par Louis Crie, docteur ès sciences, pharmacien de première classe, professeur à la Faculté des sciences de Rennes. 1 fort volume in-18 de 1,160 pages avec 1,332 figures dans le texte. — Prix : 10 francs. — Librairie O. Doin. 8, place de l'Odéon.

Nouvelles conférences cliniques et thérapeutiques sur les maladies des enfants, par Jules Simon. Un volume in-8 de 304 pages. — Prix : 7 fr. — Le premier volume des conférences publiques cliniques et thérapeutiques des maladies des enfants forme un volume in-8 de 326 pages. — Prix : 7 fr. — Publications du Progrès médical, 14, rue des Carmes.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

CONTENUES

DANS LE TOME PREMIER DE LA SEPTIÈME SÉRIE DE LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

ANNÉE 1884

A

B

C

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

TABLE DES AUTEURS

R

S

T

V

W

Z

FIN DES TABLES